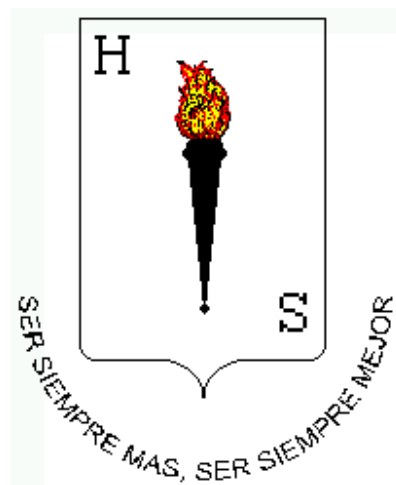


ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CLAVE 8722



TESIS

ATENCION DEL PARTO EUTOCICO

PRESENTA:

MARISELA MOTA CHARRE

LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MORELIA MICHOACAN JUNIO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A Dios, gracias por haberme permitido llegar con salud y amor hasta este momento tan importante de mi vida, por no permitir que nada malo me afectara tanto como para abandonar mi carrera.

A mis padres, gracias por todo el apoyo incondicional que me brindaron, por hacerme sentir que podía conseguir lo que yo me propusiera, porque después de todo me ayudaron a salir de mil problemas y siempre me dieron la mano cuando mas lo necesite.

A mis abuelitos por su apoyo incondicional porque se que aunque tres de ellos no están físicamente me acompañaron durante todo mi trayecto por la carrera, gracias por todas sus bendiciones.

A mi familia, gracias por entender mis ratos de mal humor, mis ausencias en los momentos importantes, por compartir mis alegrías, por el apoyo en los momentos difíciles.

A Luis, gracias por soportar mis malos ratos, mis gritos y mis llantos sin razón, por no dejarme caer en el peor momento de mi carrera, por alentarme a seguir adelante, por todos los desvelos cuando yo tenia algo que contarle, por las risas, las lagrimas, los besos, abrazos y regaños, por el apoyo y amor incondicional que siempre me mostro...TE AMO LUIS.

A mis amigos, amigas y compañeras que siempre estuvieron junto a mi viviendo conmigo cada sueño y cada caída, por que trataron de mantenerse unidas hasta el ultimo momento.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme prestado la vida para lograr cumplir mis metas y sueños.

Agradezco a mis padres por haberme apoyado en este paso tan importante que estoy dando, por ayudarme a lograr mis metas y mis sueños porque sin ellos no habría podido seguir adelante.

A mi familia por estar conmigo y apoyarme en los mejores y los peores momentos, por compartir conmigo mis logros, mis alegrías y mis tristezas.

A Luis y a su familia por brindarme el apoyo incondicional que muchas veces me dio la fuerza para continuar con mi carrera.

A mis amigos por ayudarme y no dejar que me diera por vencida en los peores momentos de mi carrera, por su apoyo, por sacarme de la tristeza en la que me encontré en muchas ocasiones.

A la escuela que logro un cambio en mi, logro que luchara por mis objetivos y los cumpliera.

A mis maestros que me transmitieron parte de sus conocimientos y me ayudaron a salir adelante.

GRACIAS.

CONTENIDO TEMATICO

Portada	i
Portadilla	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Contenido temático	v
Contenido de tablas	ix
Contenido de graficas	x
Contenido de formulas	xi
Resumen	xii
CAPITULO 1 CONSTRUCCION DEL OBJETO DE ESTUDIO	1
1.1.-Introduccion	2
1.2.-Antecedentes	3
1.3.-Objetivos	4
1.3.1.-Objetivo general	4
1.3.2.-Objetivo especifico	4
1.3.3.-Objetivo particular	4
1.4.- Planteamiento del problema	5
1.4.1.-Pregunta de investigación	5
1.5.-Hipotesis	5
1.6.-Variables	6
1.7.-Justifacacion del estudio	6

1.8.-Viabilidad	7
1.9.-Limitaciones del estudio	7
CAPITULO 2 MARCO TEORICO	9
2.1.-Atencion del parto fisiológico	10
2.2.-Tipos de pelvis ósea	15
2.3.-Estrecho superior	16
2.4.-Excavacion pélvica	17
2.5.-Estrecho inferior	18
2.6.-Planos de Hodge	19
2.7.-Arcada púbica	19
2.8.-Maniobras de Leopold.....	20
2.9.-Parto.....	23
2.9.1.-Fuerzas expulsivas	23
2.9.2.-Preparacion psicológica adecuada para el parto	25
2.9.3.-Periodos del parto	25
2.9.4.-Preparacion para la expulsión	26
2.9.5.-Anexos del feto	26
2.9.6.-Inicio del trabajo de parto	27
2.9.7.-Exploracion pélvica	27
2.9.8.-Palpacion del cuello	27
2.9.9.-Direccion del parto normal	27
2.9.10.-Preparacion de las pacientes	28

2.9.11.-Equipo	28
2.9.12.-Anestesia	29
2.9.13.-Aspectos terapéuticos	30
2.9.14.-El parto normal pasa por cuatro fases	30
2.9.14.1.-Primera fase	30
2.9.14.2.-Segunda fase	30
2.9.14.3.-Tercera fase	31
2.9.14.4.-Cuarta fase	31
2.9.15.-Preparacion del parto	32
2.9.16.-Alumbramiento	33
2.9.10.-Control prenatal	34
2.9.10.1Estudios mas frecuentes	37
2.9.11.-Presentaciones fetales	37
CAPITULO 3 METODOLOGIA	40
3.1.-Metodologia	41
3.2.-Operacionalidad de la hipótesis y variables	41
3.3.-Universo	42
3.4.-Muestra	42
3.5.-Instrumentos	42
3.6.-Enfoque cuantitativo	51
3.7.-Tipo de investigación	51
3.7.1.-Diseño de la investigación	52

3.8.-Unidad de análisis	52
3.9.-Instrumentos de recolección de información	54
3.10.-Procedimiento	58
CAPITULO 4 INTERPRETACION DE RESULTADOS	60
CAPITULO 5 CONCLUSIONES	85
5.1.-Conclusiones generales	86
5.2.-Sugerencias y propuestas	87
5.3.-Lineas de investigación	88
APENDICES	89
Apéndice A	90
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS CONSULTADAS	93
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS CITADAS	98
CONTENIDO DE TABLAS	
Tabla 1	6
Tabla 2	47
INDICE DE GRAFICAS	
Figura 1	61
Figura 2	62
Figura 3	63
Figura 4	64
Figura 5	65

Figura 6	66
Figura 7	67
Figura 8	68
Figura 9	69
Figura 10	70
Figura 11	71
Figura 12	72
Figura 13	73
Figura 14	74
Figura 15	75
Figura 16	76
Figura 17	77
Figura 18	78
Figura 19	79
Figura 20	80
Figura 21	81
Figura 22	82
Figura 23	83
Figura 24	84
INDICE DE FORMULAS	
Formula 1	50
Formula 2	50

RESUMEN

En la antigüedad los partos eran atendidos por mujeres sin ningún conocimiento científico, solo basadas en las enseñanzas de sus antepasados y los conocimientos científicos que adquirirían con su práctica. Estas mujeres fueron llamadas parteras y fueron reconocidas por la sociedad en que vivían, adquiriendo cierto poder sobre su comunidad. A través del tiempo estas parteras fueron evolucionando en sus técnicas de atención el parto.

En la actualidad la licenciatura en enfermería y obstetricia es reconocida como tal. Las licenciadas en enfermería y obstetricia pueden y debieran encargarse del control materno fetal o prenatal así como de los partos eutócicos, sus técnicas han mejorado ya que se ha creado en ellas una conciencia ética para no utilizar instrumentos, medicamentos o técnicas indebidas para la atención de un parto que en realidad no lo necesita. Con esto se esta intentando recuperar el campo de acción de enfermería.

Se redactaron objetivos, variables, una pregunta de investigación y una hipótesis y para esta investigación se utilizo el enfoque cuantitativo, se redactaron instrumentos (cuestionarios) para recabar información de las pacientes y de su percepción sobre la atención de su parto, las complicaciones que presentaron y el porcentaje del uso de la pelvimetria radiológica.

En el capítulo final se encuentran los resultados de dicha investigación.

CAPITULO I

CONSTRUCCION DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1-INTRODUCCION

En la antigüedad los partos eran atendidos por mujeres sin ningún conocimiento científico, solo basadas en las enseñanzas de sus antepasados y los conocimientos que adquirirían con su práctica. Estas mujeres fueron llamadas parteras y fueron reconocidas por la sociedad en que vivían, adquiriendo cierto poder sobre su comunidad. A través del tiempo estas parteras fueron evolucionando en sus técnicas de atención el parto.

Con el paso del tiempo y con esta evolución constante surge la obstetricia que es la rama de la medicina que se encarga de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Esto quiere decir que desde el principio del embarazo se empezó a llevar un control prenatal para tratar de evitar posibles complicaciones y estar al tanto de la salud de la madre como del producto, y tener en cuenta los posibles factores que pudieran afectar el parto, como puede ser: el tamaño de la cabeza fetal, presentación fetal, situación fetal, actitud fetal, posición fetal, pelvis ósea, tejidos blandos, fuerzas primarias, fuerzas secundarias y la posición de la mujer durante el proceso de parto. Tener en cuenta el proceso mediante el cual el feto, la placenta y las membranas abandonan el útero y pasan por el canal de parto, como esto es un proceso debe tener etapas que comienzan con el encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa, y termina con la expulsión

1.2-ANTECEDENTES

Para entender un poco mas sobre parto y alumbramiento necesitamos conocer primero porque se da este, lo primero es el embarazo que es un estado fisiológico pasajero de la mujer que se inicia con la unión del ovulo con el espermatozoide (fecundación) y que termina con el nacimiento de un nuevo ser, dura cuarenta semanas.

El trabajo de parto es un proceso fisiológico mediante el cual el útero gestante expulsa los productos de la concepción, habitualmente ocurre cuando el producto esta maduro y es capaz de sobrevivir fuera del útero, el parto en si es la expulsión de los productos de la gestación.

La Licenciada en enfermería y obstetricia debe conocer el mecanismo del parto, debe saber que los diámetros de la pelvis femenina varían en diferentes niveles y la parte de la presentación del pasajero es grande en relación con el pasadizo. Por lo tanto para que pueda darse el parto vaginal, el feto debe adaptarse al canal de parto durante el descenso y la enfermera debe esperar solo para recibir al producto.

En la actualidad la licenciatura en enfermería y obstetricia es reconocida como tal, ellas pueden y debieran encargarse del control materno fetal o prenatal así como de los partos eutócicos, sus técnicas han mejorado ya que se ha creado en ellas una conciencia ética para no utilizar instrumentos, medicamentos o técnicas indebidas para la atención de un parto que en realidad no lo necesita. Con esto se esta intentando recuperar el campo de acción de enfermería.

Se desea que la licenciada en enfermería y obstetricia evalúe las técnicas de enfermería en la atención del parto normal, que este informada y capacitada en diferentes técnicas de atención de enfermería, así como en en posiciones y posibles complicaciones en el parto.

1.3.-OBJETIVOS

La Licenciada en enfermería y obstetricia debe conocer, aplicar y comprender las técnicas mas adecuadas para la atención del parto eutócico.

1.3.1.-OBJETIVO GENERAL

Aplicar las técnicas mas actuales en la atención del parto eutócico a las pacientes que se ingresen al hospital de nuestra señora de la salud después de la investigación.

1.3.2.-OBJETIVO ESPECIFICO

Conocer las técnicas adecuadas y mas actuales en la atención del parto eutócico para brindarles mayor seguridad a las pacientes.

1.3.3.-OBJETIVO PARTICULAR

Comprender la evolución de las técnicas empleadas para la atención del parto eutócico.

1.4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Esta investigación se llevo a cabo en el Hospital de Nuestra Señora De La Salud en pacientes que llegaron con un embarazo de termino con un control prenatal adecuado y con trabajo de parto en fase activa, a estas mismas pacientes se les siguió durante el parto, post-parto o en puerperio fisiológico los meses de enero, febrero, abril y mayo.

1.4.1.-PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la técnica mas adecuada para la óptima atención del parto eutócico?

1.5.-HIPOTESIS

A mayor actualización y conocimiento de las técnicas de atención del parto eutócico menores complicaciones en el mismo.

1.6.-VARIABLES O EJES TEMATICOS

Tabla nº 1 X1 TECNICAS EN LA ATENCION DEL PARTO	Y1 COMPLICACIONES EN EL PARTO
X1.1 Control prenatal	Y2 Principales estudios indicados en el control prenatal
X1.2 Pelvimetria clínica	Y3 Tipos de pelvis ósea
X1.3 Feto	Y4 Situación, Presentación, Posición, Variedad de posición.
X1.4 Periodos del trabajo de parto	Y5 Dilatación, Expulsión y alumbramiento

1.7.-JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

Se ha observado que el índice de muertes maternas y fetales aumento de un tiempo a la fecha, no solo eso si no las complicaciones en el parto que debería ser eutócico, es necesario identificar que factores son los que predisponen una complicación en el parto, si son las técnicas mal aplicadas o el mal control prenatal o la fisiología del aparato reproductor femenino que no tenga un buen desempeño durante el trabajo de parto y el parto.

1.8.-VIABILIDAD

Se le dio un enfoque cuantitativo ya que se usa la recolección de datos para probar las hipótesis con base a la numeración y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar que la hipótesis redactada en este capítulo.

1.9.-LIMITACIONES DEL ESTUDIO

RECURSOS MATERIALES

- Computadora
- Hojas
- Libreta
- Lápiz
- Goma
- Memoria USB

RECURSOS FINANCIEROS

Los gastos quedaran a cuenta del investigador

RECURSOS PERSONALES

-Encuestadores

-Entrevistadores

CAPITULO II
MARCO TEORICO

2.1.- ATENCION DEL PARTO FISIOLÓGICO

Según Félix Ramírez Alonso en su libro Obstetricia para la Enfermera profesional existen diferentes modificaciones que ocurren en el aparato genital de la mujer, el mecanismo del parto, el borramiento, la dilatación, la expulsión, etc. Esta teoría trata sobre la conducta que se debe tomar frente a estos procesos.

Inicialmente hay que dejar asentado que durante el embarazo, en el control prenatal, la paciente debe recibir una adecuada preparación psicológica que le permita un comportamiento favorable en el parto. Quien atenderá el parto deberá ganarse la confianza de la embarazada y explicarle en fáciles palabras, las características de la gestación y lo que sucederá en el trabajo de parto y el periodo expulsivo. Cuando la paciente vaya comprobando que efectivamente las cosas son como se le dijeron, ira creciendo su confianza y cooperara más efectivamente en el manejo de su parto y, por tanto, los resultados serán muy favorables.

Durante la atención hospitalaria se debe pugnar por que siempre sea en ese ambiente, adecuado se pueden seguir normas ya bien establecidas y que se analizaran a continuación:

La paciente se debe dirigir al hospital, cuando tenga las contracciones cada 5 o 10 minutos según sea primigesta o multípara y que esas contracciones no se hayan retirado durante la hora anterior.

A su ingreso, la paciente será explorada en admisión para determinar si ya esta en trabajo de parto y si es así, entonces se internara en el servicio de labor donde se vigilara el trabajo de parto y su primer periodo (borramiento y dilatación):

Se debe ordenar el ayuno total desde que se inicia el trabajo de parto, pero deberá valorarse la duración, para permitir o no, la administración de líquidos orales o incluso de una dieta blanda ligera.

Se practicara la evacuación del ámpula rectal con enema o supositorios, siempre que la presentación no este descendida y la dilatación no se encuentre muy avanzada.

Se efectuara la tricotomía, previa aplicación de agua jabonosa, de vulva, perineo, pubis y región supra púbica.

Asepsia y antisepsia de las mismas regiones, con solución de cloruro benzalconio de preferencia, la paciente estará en decúbito lateral izquierdo y se vigilara estrechamente la temperatura, el pulso, la presión arterial, la micción y la hemorragia vaginal. Las contracciones y el foco fetal se exploraran cada 15 o 30 minutos dependiendo del riesgo del parto.

El progreso del parto, en lo que se refiere a la dilatación cervical y descenso de la dilatación, se deberá valorar mediante las menor cantidad de tactos vaginales posibles y mediante la observación clínica de las contracciones uterinas, de la expulsión del tapón mucoso, de la ruptura de membranas, del tipo de dolor, etc.

La ruptura artificial de las membranas, cuando esta indicada, se debe practicar cuando el cérvix tenga una dilatación de 4 cm o mas, debe ser cuidadosa y de preferencia fuera de la contracción uterina, pues si el líquido amniótico sale demasiado rápido puede ocasionar un prolapso de cordón.

El procedimiento analgésico o anestésico, se aplicara cuando el trabajo de parto ya este bien establecido (cérvix borrado de 4 a 5 cm de dilatación). Debe referirse la anestesia regional (bloqueo epidural).

En circunstancias especiales, puede recurrirse a la sedación intravenosa o intramuscular, con una valoración integral del caso y la paciente debe ser vigilada permanentemente por un médico durante todo el procedimiento.

El momento oportuno para trasladar a la paciente a la sala de expulsión se determina según la paridad de la misma: las nulíparas con dilatación completa y presentación en tercer plano de Hodge y las multíparas con 7 cm de dilatación.

En el periodo expulsivo (sala de expulsión). La paciente será colocada en posición de litotomía, se vigilara el foco fetal cada 5 minutos pues el producto esta expuesto a una anoxia fetal por efecto de las contracciones o de compresión de cordón umbilical o de circular de cordón, etc. Es conveniente enseñar a la paciente a pujar correctamente, pues algunas de ellas no saben pujar con el abdomen y solo emiten un pujido gutural con la garganta.

Una vez que la paciente esta en posición ginecológica, se le debe practicar un aseo jabonoso de las regiones anal, vulvoperineal, púbica o supra púbica. Inguinocrural o glútea, posteriormente, se hace la antisepsia de estas regiones con cloruro de benzalnoico.

El cateterismo vesical solo se practicara si la vejiga esta llena y si la paciente no puede orinar espontáneamente. La maniobra deberá ser cuidadosa y bajo condiciones asépticas. Dado que el parto es un acto quirúrgico, quien lo atiende deberá lavarse y vestirse como para una cirugía, con todas las medidas usuales de asepsia y antisepsia y en lo que se refiere a la paciente, se deben cubrir los miembros inferiores, la región supra púbica, el abdomen y la orilla de la mesa con ropa estéril

Cuando el producto va siendo expulsado, es necesario controlar el desprendimiento de la cabeza fetal, para permitir su deflexión en forma progresiva y paulatina; es decir, hay que proteger el perineo y evitar el desgarro vaginoperineal, regulando la velocidad de la salida de la cabeza.

Esta valiosa maniobra para evitar desgarros, se debe practicar tanto en primigestas como en multíparas, aunque en la paciente primigesta, es imperativo realizar una intervención quirúrgica llamada episiotomía y también en las multíparas cuando se considere necesario. Esta operación menor consiste en un corte neto que se practica con tijeras rectas y se inicia en la horquilla vulvar y se dirige hacia fuera y hacia atrás y, por tanto, produce una ampliación del canal de parto a nivel vaginoperineal.

Además el corte lineal de la episiotomía, permitirá una correcta sutura, por planos, de la incisión. En contraste, cuando la paciente sufre un desgarro perineal, este es de trazo irregular y afecta vasos, músculos y aponeurosis, en diferentes planos. Su reparación puede ser difícil y la caracterización defectuosa. El tipo de episiotomía ideal según su dirección es la episiotomía medio lateral derecha.

Respecto a la recepción del producto, hay que recordar que la cabeza desprende por un movimiento de extensión y luego efectúa sus movimientos de restitución y de rotación externa, pues bien, en la correcta atención del parto, el operador deberá seguir y favorecer esos movimientos, rotando la cabeza cuando haya salido, hacia el lado correspondiente, practicar la aspiración de vías aéreas respiratorias, superiores del producto, para evitar infecciones broncopulmonares y favorecer la ventilación respiratoria.

Para favorecer la salida de los hombros, primero se baja la cabeza del producto, para que el hombro anterior se enganche en el subpubis, luego se eleva la cabeza para que salga el hombro posterior y después se vuelva a descender, para que definitivamente salga el hombro posterior.

Posteriormente, se practica la extensión del resto del cuerpo del producto, con maniobras suaves y lentas, para terminar colocándolo sobre el antebrazo izquierdo, donde se montan los miembros inferiores y el cuello queda entre los dedos, índice y medio, de la mano izquierda del operador. De esta manera, la mano derecha quedara libre para llevar acabo el pinzamiento y el corte de cordón umbilical.

Por lo que se refiere al pinzamiento; se debe efectuar alrededor de 5 a 6 cm de su inserción umbilical y es conveniente realizarlo, después de una espera de 5 a 10 minutos, cuando el cordón ya ha dejado de latir. Entre tanto, hay que tener el producto en posición horizontal o levemente inclinada, con el polo cefálico hacia abajo y en un plano inferior al del abdomen materno.

En los casos de circular de cordón, hay que procurar su deslizamiento suave sobre la cabeza y si el cordón esta tenso, pinzarlo y seccionarlo de inmediato.

2.2.- TIPOS DE PELVIS OSEA

Según Félix Ramírez Alonso en su libro Obstetricia para la Enfermera profesional la pelvis ósea se compone de cuatro huesos: los dos huesos iliacos o coxales, el sacro y el coxis. Si se revisa la pelvis de atrás hacia delante se encuentra en el centro al sacro y se observa que esta formado por cinco vertebras, la primera de las cuales se articula con la quinta vertebra lumbar y forma con ella una prominencia llamada promontorio.

El coxis, porción mas inferior de la columna vertebral, esta formada por vertebrae atrofiadas, su articulaci3n con el sacro es poco m3vil, pero adquiere movilidad en el parto, lo que es importante durante el periodo expulsivo; esto mismo ocurre con la s3nfisis p3blica, articulaci3n de ambos iliacos en la parte anterior. Esta movilidad se debe a que los manguitos y ligamentos articulares que sujetan estas articulaciones se reblandecen durante el embarazo y permiten movimientos que no existen fuera de la gestaci3n.

Esta pelvis 3sea, desde el punto de vista obst3trico, se divide en pelvis menor y pelvis mayor y el plano de separaci3n entre ellas, el estrecho o la cintura que forman los huesos iliacos a nivel del pubis, por las l3neas innominadas, por los alerones del sacro y el promontorio.

La pelvis mayor no tiene importancia desde el punto de vista obst3trico, esta completamente abierta por delante y cerrada por los lados por las dos fosas iliacas y por detr3s, por las ultimas vertebrae lumbares. En cambio, la pelvis menor es mas importante, por que va a constituir un obst3culo que se opone al parto y anatómicamente esta constituida por los huesos iliacos y por el sacro, y para su estudio se divide en estrecho superior, excavaci3n y estrecho inferior.

2.3.-ESTRECHO SUPERIOR

El estrecho superior de la pelvis menor, esta formado de adelante hacia atr3s; por el borde superior de la s3nfisis p3blica, por el borde superior de los cuerpos del pubis, por la rama horizontal del pubis, por las l3neas innominadas, por la articulaci3n sacro iliaca, por el borde saliente de los alerones del sacro y por el promontorio.

Tiene una forma de elipse o una forma burda parecida a un riñón y es importante notar, que el promontorio hace una saliente por detrás hacia la luz de la pelvis. En el estrecho superior de la pelvis, pueden distinguirse diferentes diámetros; antero posteriores, transversales y oblicuos.

El diámetro antero posterior o promontorio supra púbico, va del borde superior del pubis al promontorio y mide aproximadamente 12 cm. Los diámetros transversales son dos: un diámetro transversal anatómico, que es la distancia transversal máxima que puede trazarse en el estrecho superior, y une los dos puntos mas distantes entre si de las líneas innominadas, mide 13.5 cm pero no es útil desde el punto de vista obstétrico. El diámetro transversal que si es útil, es el diámetro transversal obstétrico y es el que cruza al diámetro promontosuprapubico en su punto medio y mide 12.5 a 13 cm.

Los diámetros oblicuos del estrecho superior; van de la eminencia ileopectinea de la articulación sacroileaca del lado opuesto ; por lo tanto son dos y se denominan izquierdo o derecho, según la eminencia ileopectinea de donde parten; ambos miden aproximadamente 12 cm cada uno.

2.4.- EXCAVACION PELVICA

La excavación pélvica es la región ósea comprendida entre el estrecho superior y el estrecho inferior, por su parte anterior tiene una altura de 4 cm que es la altura del pubis, mientras que por atrás, mide 15 cm (altura del sacro-coxis). Esta constituida de adelante hacia atrás por las siguientes partes: la cara posterior de la sínfisis del pubis, la cara posterior de los cuerpos pubianos, la rama posterior de los cuerpos horizontales y de las ramas descendentes del pubis, la cara interna del isquion de cada lado, el agujero obturador, el acetábulo, las espinas ciáticas, los ligamentos sacro ciáticos,

los agujeros ciáticos, las articulaciones sacro ilíacas y la cara anterior del sacro, en el que a cada lado de la línea media, están los agujeros sacros, dispuestos por pares y correspondientes a las vertebrae sacras. A nivel de las espinas ciáticas, se encuentra el estrecho medio de la excavación y se llama así, porque frecuentemente las espinas ciáticas, hacen un poco de saliente hacia la luz de la excavación y como los ligamentos sacro ciáticos, van de la espinas ciáticas al sacro, las salientes que hacen las espinas ciáticas determinan también una especie de cintura a nivel de esos ligamentos y por eso se llama estrecho medio. Los diámetros de la excavación pélvica tienen sensiblemente la misma longitud y miden alrededor de 11.5 a 12 cm en sentido antero posterior, transversal y oblicuo.

2.5.- ESTRECHO INFERIOR

El estrecho inferior de la pelvis materna, esta constituido por el borde inferior de la sínfisis del pubis, por la cara interna de las ramas isquiopúbicas, por las tuberosidades isquiáticas y de ahí, en sus porciones óseas, se salta hasta el vértice del sacro.

Como se observa, no se toma en cuenta el coxis, porque la articulación sacro coccígea en el embarazo es móvil y en el parto, cuando desciende la presentación, al llegar al coxis, lo rechaza, y la presentación continua avanzando, por ello, el coxis no tiene importancia. Cuando la articulación sacro coccígea esta anquilosada, si reduce los diámetros del estrecho inferior, pero en este caso al pasar el producto, fractura la articulación anquilosada y continua descendiendo.

El estrecho inferior tiene diámetros antero posteriores y transversales. El diámetro antero posterior, también llamado subsacro subpúbico, mide aproximadamente 11 a 11.5 cm. El diámetro transversal también se llama diámetro bis-isquiático y separa los puntos más internos de las dos tuberosidades isquiáticas y mide 10.5 a 11 cm.

El estrecho inferior no está situado en un solo plano, porque si se consideran las referencias anatómicas señaladas; el borde inferior del pubis, el vértice del sacro y las tuberosidades isquiáticas, parecería que este estrecho inferior es un ángulo directo abierto hacia arriba, cuya arista fuera el diámetro bis-isquiático, y de acuerdo con esto, existen dos planos en el estrecho inferior, un plano en el que están las tuberosidades isquiáticas y el borde inferior del pubis y otro plano en el que están el vértice del sacro y las tuberosidades isquiáticas.

De acuerdo con los datos señalados, en el estrecho inferior, además del diámetro subsacro subpubico, se consideran otros diámetros antero posteriores, que son los diámetros sagitales del estrecho inferior, el diámetro sagital anterior que va del vértice del sacro al punto medio de la línea bis-isquiática, y mide 6 cm de diámetro sagital posterior que va del vértice del sacro al punto medio de la línea bis-isquiática.

2.6.- PLANOS DE HODGE

Los planos de hodge son los planos de la pelvis, que fueron ideados y establecidos, para valorar el descenso de la presentación, son cuatro y son paralelos entre si:

El primer plano. Es el plano del estrecho superior.

El segundo plano que es paralelo al anterior, pasa por el borde inferior del pubis y su extremo posterior es el cuerpo de la segunda vertebra sacra.

El tercer plano, también paralelo, es el que pasa por las espinas ciáticas y

El cuarto plano, también paralelo a los dos anteriores pasa por el vértice del sacro.

2.7.- ARCADA PUBICA

La arcada pública, esta formada por el borde inferior del pubis y las ramas isquiopubianas. Tiene forma de triangulo con una altura de 8 cm y una base de 11 cm y para franquearla, durante el desprendimiento, la presentaci3n tiene que acercarse a su base. El espacio vacio que queda por encima de ellos, protege a los elementos que ahí se asientan, entre ellos la uretra, de posibles lesiones. Además si las ramas de la arcada están demasiado juntas, el desprendimiento se dificulta.

Por ultimo y tomando en cuenta las dimensiones de la pelvis para el paso de la presentaci3n, la medici3n de esas dimensiones, recibe el nombre de pelvimetria y existen dos formas de pelvimetria; la pelvimetria radiol3gica y la pelvimetria clínica, que se divide en interna y externa, según los procedimientos exploratorios que se apliquen sobre la superficie externa de la mujer o se efectúan por tacto vaginal.

2.8.-MANIOBRAS DE LEOPOLD

Para la palpaci3n obstétrica se recomiendan las 4 maniobras de Leopold y Sparlin.

Para llevarlas a cabo es necesario que la paciente permanezca con el abdomen desnudo, acostada en una superficie firme y dura, haber vaciado la vejiga y de ser posible el recto.

Durante las primeras tres maniobras la Enfermera debe estar del lado derecho viendo hacia la cara de la paciente.

PRIMERA MANIOBRA DE LEOPOLD.

Posterior a la identificación del fondo uterino se palpa suavemente con ambas manos la superficie de este, para determinar que polo se encuentra en el, si fuesen las nalgas del feto, palparíamos una superficie nodular y blanda; en cambio si se tratara de la cabeza se percibiría duro y redondo, con movimiento libre y peloteo.

SEGUNDA MANIOBRA DE LEOPOLD.

Habiendo establecido el polo superior del feto, se colocaran las palmas de las manos a cada lado del abdomen, ejerciendo una presión suave pero profunda, con lo que lograremos detectar el dorso como una estructura resistente y dura, al lado contrario palparemos numerosas nodulaciones correspondientes a las extremidades. Cuando la paciente es obesa o hay abundante liquido amniótico hay que ejercer una presión mayor con una mano mientras se palpa con la otra. De esta manera se determina de que lado esta situado el dorso ya sea anterior, transversal o posterior.

TERCERA MANIOBRA DE LEOPOLD.

Empleando el pulgar y los otros dedos de una mano el examinador toma una porción del abdomen materno inferior, justamente por encima de la sínfisis del pubis, para palpar el contenido del polo inferior y su vez confirmar el resultado de la primera maniobra, si la parte que se presenta no esta encajada se percibe un cuerpo desplazable, siendo este generalmente la cabeza. Si la cabeza esta encajada debe practicársele la cuarta maniobra. Con el desarrollo de las primeras tres maniobras, conoceremos la situación de la cabeza, las nalgas, el dorso y las extremidades, solo nos faltaría establecer la situación de la cabeza.

CUARTA MANIOBRA DE LEOPOLD.

La enfermera mira los pies del examinado, colocara la yema de los tres primeros dedos de cada mano, en la parte inferior del abdomen, donde ejercerá presión profunda hasta el estrecho superior de la pelvis, para poder determinar de que lado se encuentra el polo cefálico, lo que determina la actitud de la cabeza fetal. Así en la presentación de vértice una mano se detendrá primero un una prominencia que se halla al mismo lado de las partes pequeñas; lo contrario sucede en la presentación de cara ya que aquí la prominencia se encuentra del mismo lado del dorso. Si el feto se encuentra en presentación occipito anterior izquierdo, la mano que se detendrá primero será la derecha, ya que topara con la frente del feto, pero si estuviese en extensión sucedería lo contrario, la mano que se detendría primero seria la izquierda. Si la prominencia ósea esta del lado de las pequeñas partes, esta flexionada, y si la prominencia esta del lado del dorso esta hiperextendido

Situación.-Es la relación que existe entre el eje materno y el eje fetal. De esta manera solo hay tres situaciones: Longitudinal (cefálica o pélvica) Transversa(polo cefálico derecho o izquierdo, dorso superior o inferior) Oblicua (polo cefálico; cuatro cuadrantes, la situación oblicua es inestable ya que al momento del parto se convierte en una situación longitudinal o transversa pero no se queda oblicua).

Presentación.- Es la parte mas baja del feto en relación con el abdomen materno y que puede tocarse mediante un tacto vaginal, de esta manera solo hay tres presentaciones, cefálica, pélvica (pélvica completa, pélvica incompleta, franca de nalgas) y de hombro.

Posición.- Es la relación que existe entre el dorso del feto y el lado derecho o izquierdo de la mama o la parte anterior o posterior, o bien superior o inferior, de esta manera hay seis posiciones, anterior, posterior, superior, inferior, derecha o izquierda.

Variedad de posición.-Es la relación que existe entre las fontanelas del feto y los cuadrantes maternos y son seis, occipito derecho posterior, occipito derecho transverso, occipito derecho anterior, occipito izquierdo posterior, occipito izquierdo transverso y occipito izquierdo anterior.

Actitud fetal.-Es la relación que existe en el bebe, entre el dorso del bebe sus extremidades y el mentón, de esta manera también se le conoce como posición fetal , cuando las extremidades están flexionadas o cruzadas y el mentón esta sobre el esternón.

2.9.-PARTO

El parto consiste en una serie de contracciones uterinas rítmicas y progresivas que gradualmente hacen descender al feto por el cuello uterino (la parte inferior del útero) y la vagina (canal de parto) hacia el exterior.

En el parto hay tres factores básicos a saber: fuerza de expulsión, vías y pasajeros.

2.9.1.-FUERZAS EXPULSIVAS

Las fuerzas de la cual depende la expulsión del feto y de la placenta son las siguientes:

Contracciones uterinas involuntarias.

Esfuerzo voluntario de los músculos abdominales y del diafragma.

Contracción de los músculos elevados del ano.

Las contracciones uterinas son involuntarias y no dependen del sistema nervioso central. Así mismo la actividad del útero no se altera al utilizar raquianestesia.

El parto comienza con contracciones irregulares del útero que ocurren cada 15 a 20 minutos.

El intervalo disminuye de manera que cerca del final del parto las contracciones ocurren con mas frecuencia de 2 a 2.5 minutos.

La duración de las contracciones uterinas estimada por palpación, varían entre 30 y 90 segundos. Cuando el trabajo del parto esta plenamente establecido, las contracciones tienden a ser duraderas al aumentar progresivamente la frecuencia.

Cuando se ha establecido plenamente el primer periodo de parto, las contracciones ocurren cada 3 minutos aproximadamente. Al acercarse el final del primer periodo, el intervalo entre las contracciones disminuye a 2 o 2.5 minutos y durante aproximadamente 50 segundos.

Existen variaciones individuales en cuanto a la duración del trabajo del parto. Por lo general en las primíparas es de 13 hrs y en las múltiparas de 3 a 6 horas.

La evolución del trabajo del parto comprende tres etapas: la primera es el borramiento y dilatación del cuello de la matriz, la segunda, o de expulsión va desde la dilatación completa hasta el nacimiento del producto. La tercera es la expulsión de la placenta.

Los cuatro efectos de las contracciones uterinas son:

- o Distensión y adelgazamiento del segmento uterino.
- o Borramiento y dilatación del cuello uterino.

- o Expulsión del feto.

o Expulsión de la placenta.

Las contracciones del parto son involuntarias solo los esfuerzos finales durante la expulsión, realizados por los músculos abdominales y el diafragma son involuntarios.

a) El comienzo del trabajo de parto, los dolores aparecen cada 15 a 30 minutos.

b) El intervalo entre uno y otro dolor se acorta poco a poco hasta llegar a un minuto menos.

c) Las contracciones y con ello la duración de cada dolor, se prolongan al evolucionar el trabajo de parto y duración de 30 a 90 segundos.

2.9.2.-PREPARACION PSICOLOGICA ADECUADA PARA EL PARTO

La preparación para el parto consta de muchos elementos pero en el marco los más aplicables son:

EDUCACION: El objetivo principal de las medidas debe ser la creación de una capacidad de comprensión y prevención de la evolución de los hechos que tienen lugar durante el parto junto con una sensación de dominio de la situación, con todo ello se intenta disminuir el grado de temor que acompaña al parto.

APOYO INTERPERSONAL: La embarazada debe poder identificar aquellas personas que le resultarían útiles durante el parto, no puede ignorarse la ayuda que es capaz de prestar una persona de confianza.

2.9.3.-PERIODOS DEL PARTO

El primer periodo de trabajo de parto comienza con las contracciones y termina cuando el cuello se ha dilatado completamente 10 cm.

El segundo periodo de parto, comienza con la dilatación y el borramiento del cuello y finaliza con la expulsión del niño.

El tercer periodo del parto es el intervalo comprendido entre la expulsión del producto y la placenta.

2.9.4.-PREPARACION PARA LA EXPULSION:

POSICION: Por lo general cuando la expulsión es inminente se coloca a la paciente en posición litotónica dorsal.

PREPARACION: Limpiando el fondo del perineo, el monte de venus y la parte proximal de los muslos con una solución antiséptica, se cubre con paños estériles el vientre y las piernas de la paciente y el extremo de la mesa del parto, por debajo de las nalgas de la embarazada.

Durante el parto la persona que asista a la parturienta debe llevar ropas totalmente estériles.

2.9.5.-ANEXOS DEL FETO.

Consiste principalmente en la placenta y las membranas.

El fenómeno del alumbramiento tiene lugar en 3 tiempos.

- o Desprendimiento de la placenta.
- o Después de la expulsión del feto, la expulsión de la placenta.
- o La hemostasia o detención de la hemorragia del parto.

2.9.6.-INICIO DEL TRABAJO DE PARTO.

El parto, suele comenzar dentro de las 2 semanas antes o después de la fecha estimada del parto.

El tapón mucoso (una pequeña cantidad de sangre mezclada con mucosidad del cuello uterino) es la señal que indica que el parto esta a punto de comenzar; sin embargo, este tapón puede ser expulsado por la vagina hasta 72 horas antes del inicio de las contracciones.

El parto, a veces comienza con la "ruptura de la fuente", el niño puede romper con la cabeza el amnios y el corion, las membranas que lo rodean permitiendo al liquido amniótico su salida al exterior, lo que generalmente precipita el parto.

2.9.7.-EXPLORACION PELVICA.

La palpación y exploración del perineo y los órganos pélvicos es de vital importancia.

4.9.8.-PALPACION DEL CUELLO

Dilatación. Describe el grado de abertura del orificio cervical.

Borramiento. Es el proceso de adelgazamiento que sufre antes y después del parto.

2.9.9.-DIRECCION DEL PARTO NORMAL

- o Mecanismos del parto en las presentaciones.
- o Contracciones uterinas regulares y dolorosas.
- o Expulsión del tapón mucoso.
- o Ruptura de las membranas.
- o Una señal sanguinolenta.

2.9.10.-PREPARACION DE LAS PACIENTES

Dar la bienvenida a la paciente a la sala de trabajo del parto.

Estudiar el plan individual de cuidados, según las órdenes medicas.

Explicar los procedimientos sistemáticos que se seguirán, presentar la información lentamente, dándole tiempo a la paciente de ajustarse a los cambios.

Decirle a la paciente que exprese sus malestares y temores menores.

2.9.11.-EQUIPO

Hay que disponer de un equipo mínimo preparado para el caso de que surja alguna de las eventualidades que se producen con mayor frecuencia durante el parto.

Equipo de ropa

Consta de

- o Cuatro campos sencillos,
- o Dos piñeras,
- o Una funda de mayo
- o Una bata de cirujano.

Equipo instrumental

- o Pinzas hemostáticas
- o Fórceps anular
- o Jeringa de aspiración
- o Pinzas para cordón,

o Tijera de mayo para la episiotomía

o Porta agujas

o Pinzas de disección.

Equipo material

o Una charola con guantes estériles

o Jeringas

o Agujas perilla estéril

o Cinta ligadura umbilical

o Anestesia

o Hilo catgut

o Gasas

o Solución antiséptica.

2.9.12.-ANESTESIA

La mayoría de las mujeres en las que el parto normal es vaginal y espontáneo, precisan como mínimo, una infiltración de la piel con un anestésico local para facilitar y preparación de la episiotomía.

2.9.13.-ASPECTOS TERAPEUTICOS

Para suministrar cuidados hábiles y terapéuticos, la enfermera debe conocer la fase del parto y ser hábil en la aplicación de técnicas de enfermería que sean pertinentes a los cuidados de la paciente durante cada fase.

El proceso del parto es complejo y pueden ocurrir dificultades y urgencias imprevistas. La enfermera debe ser capaz de valorar, planear, entrevistar y evaluar a la paciente a medida en que progresa el parto.

2.9.14.-EL PARTO NORMAL PASA POR CUATRO FASES

2.9.14.1.-PRIMERA FASE.

Fase latente: Inicio de parto, dilatación de 2 a 5 centímetros; la duración de la primera fase es, por lo general de 8 a 10 horas.

Fase Activa: De una dilatación de 4 a 8 cm.

Fase de transición: Dilatación de 8 a 10 cm. Este lapso es mas doloroso y difícil para la madre. Aumenta la cantidad de hemorragia (expulsión de tapón mucoso).

2.9.14.2.-SEGUNDA FASE.

Ocurre cuando hay dilatación plena del cuello uterino y el producto esta listo a desencadenar por el conducto vaginal la dilatación de la segunda fase para la nulípara suele ser de 40 a 50 min. En la multípara es de hasta 35 minutos. Esta fase puede identificarse por examen vaginal que pone de manifiesto la dilatación completa. La paciente tal vez manifiesta algunos signos de frustración, temor, perdida de control, preocupación total de las contracciones, irritabilidad y síntomas de agotamiento. Los síntomas físicos son: nauseas, vomito, amnesia, palidez, cefalea.

A veces la paciente tiene dificultad para seguir las instrucciones, ya que demuestran vaguedad al comunicarse y temen perder el control.

2.9.14.3.-TERCERA FASE.

El tercer periodo del parto consiste en dos fases siguientes:

- 1) Durante la primera ocurre separación de placenta, después de la expulsión se contrae para constituir una masa globular y firme inmediatamente por debajo del ombligo, el útero esta algo relajado.
- 2) Durante la segunda fase la placenta se expulsa por lo regular habrá un derrame repentino de sangre que acompañara la explosión. La madre deberá empujar durante la expulsión si no puede hacerlo a causa de la anestesia, será de ayuda la presión suave sobre el fondo uterino.

2.9.14.4.-CUARTA FASE.

Esta fase se considera de gran importancia porque se pone en observación la madre y dura de una a dos horas.

Al final de la segunda hora se practica un examen a conciencia para determinar el estado físico y después transferir a la paciente a la unidad posparto.

2.9.15.-PREPARACION DEL PARTO

La preparación emocional consiste en ayudar a la madre a superar sus temores y la preparación física consiste en el ejercicio preventivo de los músculos abdominales para afrontar el esfuerzo de la dilatación y del parto.

Gracias a este método, muchas mujeres dan a luz sin sentir la necesidad de analgésicos.

El parto natural se vale de técnicas de relajación y respiración para controlar el dolor durante el alumbramiento.

La técnica de relajación consiste en tensar conscientemente una parte del cuerpo y luego relajarla.

Esta técnica ayuda a la mujer a relajar el resto de su cuerpo mientras el útero se está contrayendo durante el trabajo de parto y a relajarse cuando no está teniendo contracciones.

Existen varias clases de respiración que pueden resultar útiles en la primera etapa del trabajo de parto, antes que la mujer comience a empujar.

- o La respiración profunda, que ayuda a la mujer a relajarse, se utiliza al comienzo y al final de la contracción.

- o La respiración rápida, superficial, que se concentra en la parte superior del pecho, se usa durante el punto más doloroso de una contracción.

- o Una serie de jadeos y soplos ayudan a la mujer a abstenerse de empujar cuando tiene la necesidad de hacerlo pero el cuello uterino aún no está dilatado por completo.

En la segunda etapa de trabajo de parto, la mujer alterna entre empujar y jadear.

2.9.16.-ALUMBRAMIENTO

El alumbramiento es el paso del feto y la expulsión de la placenta (después del nacimiento) desde el útero al exterior.

La posición ginecológica con las piernas de la madre bien flexionadas, favorece al máximo los esfuerzos de expulsión.

A medida que avanza el alumbramiento, se examina la vagina para determinar la posición de la cabeza del feto.

Se le pide a la madre que haga fuerza hacia abajo y empuje con cada contracción para ayudar a desplazar la cabeza del feto por la pelvis y así dilatar la apertura de la vagina para que aparezca una porción cada vez mayor de la cabeza. Cuando se ve entre 4 o 5 centímetros de cabeza, el médico coloca una mano sobre la cabeza del feto durante una contracción para controlar y, si fuese necesario, frenar un poco su progresión. Se hace pasar lentamente la cabeza y el mentón por la apertura vaginal para evitar que los tejidos de la madre se desgarren. Estas maniobras facilitan el alumbramiento.

Si la dilatación de la abertura vaginal no permite que el niño emerja y hay posibilidad de desgarro, se realiza una episiotomía (una incisión en el perineo y en la pared vaginal).

Este procedimiento tiene la finalidad de facilitar el parto y evitar un desgarro, que es una rotura irregular más difícil de reparar que el breve corte en línea recta de la incisión.

Se utiliza un anestésico local para insensibilizar la zona. Una vez que aparece la cabeza del bebé, el cuerpo rota de lado para que los hombros puedan salir con rapidez.

Durante la primera o segunda contracción después del nacimiento, la placenta suele desprenderse del útero y casi de inmediato aparece una emisión de sangre.

Si la placenta está incompleta se extraen partes restantes de forma manual.

En cuanto la placenta ha salido se administra oxitocina a la madre para favorecer la contracción del útero. Es fundamental para evitar una posterior hemorragia procedente de la zona uterina de la que se desprendió la placenta.

A continuación se sutura la incisión de la episiotomía.

9.10 CONTROL PRENETAL

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.

Latidos cardíacos fetales. Los LCF son auscultables con estetoscopio de Pinard desde el quinto mes de embarazo (20 semanas). Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardíaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal. La frecuencia cardíaca fetal se considera como normal en el rango de 120 – 160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente, y son signos sospechosos de hipoxia fetal.

- Movimientos fetales. La percepción materna de los movimientos fetales ocurre entre las 18 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un signo de salud fetal. La disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal.

- **Tamaño uterino.** Desde las 12 semanas de amenorrea el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana y puede ser medido en su eje longitudinal, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. Para esto se utiliza una cinta de medir flexible, graduada en centímetros, la cual se desliza entre el dedo medio y el índice del operador. La madre debe ubicarse en decúbito dorsal con las piernas semiflectadas.

La medida obtenida debe ser localizada en una tabla de altura uterina/edad gestacional; de esa forma obtendremos indirectamente una estimación del tamaño fetal y su progresión en cada control prenatal. En el Servicio de Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica se utiliza la tabla elaborada en el Centro Latino Americano de Perinatología (CLAP). Este instrumento para identificar retardo del crecimiento intrauterino, tiene una sensibilidad de 56%, especificidad de 91%, valor predictivo positivo de 80%, y valor predictivo negativo de 77%.

Debe enfatizarse que ese instrumento no debe utilizarse para calcular la edad gestacional en relación a una altura uterina determinada.

- **Estimación clínica del peso fetal.** Probablemente sea uno de los contenidos que tiene mayor dificultad en el control prenatal, ya que exige experiencia para su determinación. En nuestra experiencia, el error de estimación del peso fetal en embarazo del tercer trimestre es 10% lo que permite el diagnóstico de adecuación para la edad gestacional.

- **Estimación clínica del volumen de líquido amniótico.** Las alteraciones cuantitativas del volumen de líquido amniótico constituyen un factor de alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal.

El oligoamnios se puede sospechar cuando

hay una altura uterina disminuida, con una palpación extremadamente fácil de las partes fetales. Este hallazgo debe ser siempre confirmado con ultrasonografía. El oligoamnios se asocia a rotura prematura de las membranas ovulares, retardo del crecimiento fetal, hipoxia fetal crónica y malformaciones congénitas como la agenesia renal.

El poli hidramnios se sospecha cuando hay una altura uterina aumentada con palpación dificultosa de las partes fetales. Debe ser siempre confirmado con un examen ultrasonográfico. Se asocia a patologías como embarazo gemelar, diabetes mellitus, hidrops fetal y malformaciones congénitas como la atresia esofágica y del sistema nervioso central.

9.10.1 ESTUDIOS MÁS FRECUENTES

Los exámenes de laboratorio que se solicitan en embarazadas de bajo riesgo son:

- Grupo sanguíneo

- Uro cultivo

- VDRL

- HIV

- Hematocrito

- Glicemia

- Albuminuria

- Papanicolaou

- Ecografía

Y los estudios de gabinete es uno, la pelvimetría.

9.11.PRESENTACIONES FETALES

Posición fetal:

Es la relación entre la parte que se presenta, ya sea la cabeza, el hombro, los glúteos o los pies y dos partes de la pelvis materna denominadas espinas ciáticas o isquiáticas. Estas espinas normalmente son la parte más estrecha de la pelvis y son un punto de medición natural del progreso del parto. Si la parte que se presenta está por encima de las espinas ciáticas o isquiáticas, la posición se informa como un número negativo de 0 a -3, donde cada número es un centímetro. Si la parte que se presenta está por debajo de las espinas ciáticas, la posición se informa como un número positivo de 0 a 3, donde cada número es un centímetro. Se dice que el bebé está "encajado" en la pelvis cuando alcanza la posición 0.

Situación fetal:

Es la relación entre el eje de la cabeza al cóccix del feto y el eje de la cabeza al cóccix de la madre. Si los dos están paralelos, entonces se dice que el feto está en situación longitudinal y si los dos están en ángulos de 90 grados uno del otro, se dice que el feto está en situación transversal. Casi todos los fetos (99.5%) están en posición longitudinal.

Actitud fetal:

La actitud fetal describe las relaciones entre sí de las diferentes partes del cuerpo del feto. La actitud fetal normal se conoce como posición fetal donde la cabeza está inclinada sobre el pecho y los brazos y las piernas están doblados y recogidos hacia el centro del pecho. Las actitudes fetales anormales son: la cabeza extendida hacia atrás u otras partes del cuerpo extendidas o colocadas detrás de la espalda. Estas actitudes anormales fetales pueden aumentar el diámetro de la parte que se presenta en el momento que pasa a través de la pelvis, lo que incrementa la dificultad del nacimiento.

Presentación cefálica :

La presentación cefálica se considera normal y ocurre en cerca del 97% de los partos. Hay diferentes tipos de presentación cefálica que dependen de la actitud fetal.

Si la cabeza del feto se extiende hacia atrás, la barbilla, la cara o la frente saldrán primero, dependiendo del grado de extensión, lo que no se considera conveniente puesto que esta parte de la cabeza fetal no es la más pequeña, aumentando así la dificultad del parto. Es preferible que la cabeza del feto esté volcada hacia el pecho para que haya un parto de "vértice", en el que sale primero la coronilla del feto.

Un parto por cesárea se puede efectuar para cualquier posición fetal diferente a la cefálica.

Presentación de nalgas:

La presentación o parto de nalgas se considera anormal y ocurre en cerca del 3% de los partos. Un nacimiento total de nalgas ocurre cuando las nalgas salen en primer lugar y tanto las caderas como las rodillas están flexionadas. Un nacimiento de nalgas natural ocurre cuando las caderas están flexionadas de tal manera que las piernas están completamente estiradas hacia el pecho. Otras posiciones de nalgas ocurren cuando ya sea los pies o las rodillas salen primero.

Presentación de hombros:

El hombro, brazo o tronco pueden salir primero si el feto está en situación transversal y es un tipo de parto que ocurre en menos del 1% de las veces. Este tipo de presentación es más común en partos prematuros o múltiples.

CAPITULO III
METODOLOGIA

3.1.- METODOLOGIA

De acuerdo con el tema de parto eutócico se fundamento y se utilizo tanto el enfoque cuantitativo . Se empleara el enfoque cuantitativo porque se realizara recolección y análisis precisos de los datos encontrados a su vez ayudara a probar la hipótesis así como relacionar las variables.

3.2.-OPERACIONALIDAD DE LA HIPOTESIS Y VARIABLES.

Los métodos utilizados en esta investigación son los siguientes: el método deductivo ya que este se ocupara en el apartado de los antecedentes ya que se abordaran de lo general a lo particular.

También se empleo el método inductivo el cual se llevo a cabo en el apartado de la metodología, es decir, con la elaboración de instrumentos ya que se realizaran cuestionarios específicos y concretos para que la muestra conteste de la manera correcta.

Se empleo además el método analítico ya que se analizo las unidades de análisis de manera específica en tiempo y lugar así como las estadísticas se analizaron así como a los sujetos de estudio, los instrumentos previamente elaborados para así poderse comprobar la hipótesis planteada anteriormente en dicha investigación.

Se utilizo además el método sintético en esta investigación ya que se empleo el apartado del marco teórico ya que se sintetizo la información encontrada de una

manera adecuada en cada una de estas teorías relacionadas con el tema de esta investigación.

3.3.-UNIVERSO

Esta investigación se llevo a cabo en el hospital de nuestra señora de la salud, con las pacientes en edad reproductiva, con un embarazo de termino que lleguen a la unidad toco quirúrgica para atención gineco-obstetrica en los meses de enero, febrero, marzo y abril.

3.4.-MUESTRA

Las principales unidades de análisis que se emplearon en esta investigación fueron pacientes, ya que de ellas se obtuvo información específica sobre la opinión de las pacientes acerca de un parto eutócico.

Las unidades secundarias fueron el personal de enfermería y médicos especialistas de quienes se obtuvo información específica y científica sobre la atención adecuada del para la atención del parto eutócico.

3.5.-INSTRUMENTOS

Los instrumentos de recolección de información son una herramienta que permitio darle un concepto científico a esta investigación que dio resultados y datos importantes que permitieron comprobar la hipótesis que en esta investigación se plantea.

Estos instrumentos se aplicaron a nuestras unidades de análisis ya mencionadas y descritas anteriormente (pacientes, enfermeras y médicos) además de los instrumentos ayudan a las variables del estudio para que estas sean comprobadas.

En la presente investigación se utilizaron dos instrumentos principalmente que son: la entrevista y los cuestionarios.

- **ENTREVISTA.-** Es considerada como una interacción o plática entre el investigador y los individuos que comprenden la muestra de la investigación el objetivo principal es obtener información del tema a investigar.

La entrevista son encuentros entre personas especialmente con el propósito de conferenciar con respecto a un tema establecido como el que se pretende en esta investigación.

De todas las técnicas empleadas en la investigación la entrevista es la que se aplica con mayor frecuencia o por lo menos es un instrumento complementario que se emplea para obtener información en esta investigación se aplico la entrevista a la unidad de análisis terciaria que son los médicos que laboran en esta investigación.

La entrevista se puede considerar además como una conversación oral entre dos personas o más las cuales una es el entrevistador y otra o más personas son la entrevistada por supuesto será el que recabe información necesaria para el objetivo de esta investigación.

Existen tres tipos de entrevista que son:

- a. Formal.- esta sirve para dirigir la atención del entrevistador a partir de un tema central.
- b. Informal.- Sirve para intercambio de puntos de vista sobre un tema determinado y lo que se relaciona entre si.
- c. De tensión.- Es aquella entrevista en la que el entrevistador adopta el papel de investigador hostil que trata de poner a la defensiva al entrevistado.

Otros autores consideran otros tipos de entrevista.

- a. Estructurada.- forma de interrogatorio en las cuales las preguntas se plantean siempre en el mismo orden y se formulan con los términos esta entrevista se realiza sobre las bases de un formulario previamente establecido.
- b. No estructurada.- esta entrevista deja mayor libertad a la respuesta de la persona interrogada y al investigador tratándose entonces de preguntas abiertas que son resueltas dentro de una conversación.

La técnica de la entrevista consiste en obtener respuestas validas para llegar a esto solo se logra entrevistando y se perfecciona con la experiencia acumulada.

Las entrevistas siguen tres pasos peculiares para su realización.

- a) El “rapport” significa “concordancia” “simetría, es decir, crear un ambiente de cordialidad y confianza esto se podrá conseguir a través de las actividades cordiales y amistosas entre el investigador y entrevistado.

El instrumento utilizado es el cuestionario escrito para ser resuelto sin intervención del investigador este proceso es un paso importante para conseguir un numero grande de preguntas y con ellas ir descubriendo prejuicios todo ello se hace con el objeto de preparar el contenido definitivo para el cuestionario con la formulación de preguntas.

En conciencia el cuestionario es un instrumento de observación que favorece a la recolección de datos que faciliten el análisis de ellos y que permitan relatar el informe con mayor facilidad.

El cuestionario plantea una serie de preguntas que respondidas por las personas interrogadas permitan verificar la hipótesis o estudiar el hecho propuesto por la investigación.

Para redactar y presentar el cuestionario de la mejor manera es necesario revisar las recomendaciones más importantes al respecto las cuales quedarían en cuanto a la forma en que se elaboraron las preguntas que se elaboraron, la elección adecuada de las mismas y el modo de formularlas.

Las preguntas se pueden clasificar en tres categorías que son:

- A. Abierta.- son aquellas en las cuales el informante responde con su propio vocabulario.
- B. Cerradas.- este se subdivide en dicotómicas y tricotómicas esto significa que pueden ser contestadas por un “no” o “sí” y en los últimos casos con un “no se” o “sin opinión”
- C. De elección múltiple.- estas permiten un cierre de matices fijados de antemano estos a su vez pueden ser de abanico y de estimación.

Además en un cuestionario no deben faltar preguntas de acción, de intención y de opinión.

- Preguntas de hecho.- tratan sobre aspectos o acciones concretas y/o objetivos de fácil precisión.
- Preguntas de acción.- se refiere a actividades del investigado o a decisiones tomadas por ellos.
- Preguntas de intención.- se toman en cuenta los propósitos o intenciones de los encuestados.

Para la realización de dicha formula se va a utilizar un 85% de nivel de confianza con una probabilidad de .5 y una probabilidad en contra de .5, un universo de 50 con un margen de error de 15% el resultado indica que se entrevistarán a 16 pacientes.

Se pretende realizar una tabla de niveles o valores de las respuestas del instrumento para poder proceder a calcular la media en esta investigación se usaron los siguientes:

Tabla N°2

Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
10	9	8	7	6

El instrumento realizado para la unidad de análisis secundaria, se elaboro un cuestionario con cinco opciones para ofrecer diversas respuestas y se facilite más al momento de contestar.

La presente intenta medir el proceso de investigación en mención, por lo que se hace necesario establecer un proceso de vinculación de conceptos extraídos desde los indicadores empíricos.

Un instrumento de medición es aquel que registra datos observables que se representan en las variables que en alguna investigación se desea investigar.

Toda medición o instrumento de recolección de datos debe de tener dos requisitos que son:

- **CONFIABILIDAD.-** Se refiere al grado en que su aplicación se repita al mismo sujeto y produzca resultados iguales esta confiabilidad se determina mediante diversas técnicas.
- **VALIDEZ.-** Se refiere al grado en que el instrumento realmente mide las variables que se pretenden medir.

FACTORES QUE PUEDEN AFECTAR A LA CONFIABILIDAD Y VALIDEZ:

- A. **IMPROVIZACION.-** Como se ha mencionado anteriormente el investigador para que pueda construir un instrumento de medición requiere conocer muy

bien las variables de dicha investigación y que se pretenden medir así mismo la teoría que sustenta.

- B. Otro factor que puede es que en ocasiones se utilizan instrumentos ya elaborados en el extranjero y que no han sido validados en nuestro contexto.
- C. Otro factor es el instrumento no sea adecuado para las personas a quien se les va a aplicar ya que al elaborarlo no se toman muchos aspectos en cuenta como son la edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel de educación, etc.
- D. Otro factor es la construcción del instrumento
- E. Los factores mecánicos que no se comprendan las preguntas, falten páginas o no haya una buena comprensión del instrumento.

El presente instrumento se realizó mediante una escala Likert con cinco opciones para contestar con diez reactivos.

El instrumento realizado a la unidad de análisis primaria (pacientes) se validó con un índice muy bueno el instrumento se realizó con 3 personas o pacientes ya que se obtuvo el resultado mediante la fórmula de Loudes Mouch la cual es:

Formula n°1

$$n = \frac{z^2 pq N}{Ne^2 + Z^2 pq}$$

Formula n°2

$$K = \frac{N}{n}$$

Donde:

Z= nivel de confianza=90%=1.64

P= Probabilidad de favor=.5

q= Probabilidad en contra=.5

N= Tamaño del universo=360

e= Margen de error=15%

n= Tamaño de la muestra=3

K= Muestra real

3.6.- ENFOQUE CUANTITATIVO

Se plantea un problema de estudio delimitado y concreto. Sus preguntas de investigación se basan en cuestiones específicas.

Una vez planteado el problema de estudio revisa lo que a investigado anteriormente.

Sobre la base de la revisión de la literatura construye un marco teórico, de esta teoría se deriva la hipótesis.

Mediante el empleo de los diseños de la investigación apropiada para obtener tales resultados.

Se dice que es cuantitativa la investigación pues es una teoría que será investigada, se construirá un marco teórico con toda la información delimitada y concreta, la cual la hipótesis se comprobará.

3.7.- TIPO DE INVESTIGACION.

Es mixta la presente investigación ya que entra en los parámetros de cada uno de los tipos de investigación; la descriptiva porque se miden por medio de la encuesta que se realiza al personal de la salud como es: médicos adscritos, personal de enfermería y así tomando a una fuente de muestra las pacientes de acuerdo a los resultados que se obtengan. Ya que se busca especificar las propiedades importantes de personas variables relacionadas Explicativa porque se están relacionando dos o más de las variables. Documental por que se

abordan diferentes tipos de documentales escritos y del Internet, y también de *Campo* ya que se realizan encuestas al personal dicho anteriormente por medio de encuestas, cuestionarios, y se utiliza el método inductivo-deductivo para su realización.

3.7.1.- DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

El diseño de la investigación constituye el plan general del investigador para obtener respuestas a sus interrogantes o comprobar la hipótesis de investigación. Los diseños son estrategias con las que se intento obtener respuestas a las preguntas como: contar, medir, describir. El diseño de investigación estipula la estructura fundamental y especifica la naturaleza global de la investigación.

3.8.- UNIDAD DE ANALISIS.

Corresponde a la entidad mayor representativa de lo que se va a ser objeto específico de estudio en una medición y se refiere al que o quien es objeto de interés en una investigación.

La unidad de análisis puede corresponder a las siguientes categorías o entidades:

- f Personas
- f Grupos humanos
- f Poblaciones completas

- f Eventos
- f Entidades intangibles

Las unidades de análisis de la presente investigación son los médicos, ya que son el instrumento más importante para la realización de esta investigación, posteriormente a las enfermeras de los tres turnos del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, cada vez se observa que la realización de los procedimientos se hacen de manera empírica y se ha olvidado que, hay una base muy importante para realizar nuestro trabajo.

Como unidad de análisis secundaria, se toma en cuenta a las enfermeras tituladas y pasantes de enfermería quienes participan en la atención de la mujer con el padecimiento de aborto espontáneo en el servicio de OBSTETRICIA GENERAL así como en la sala de la unidad de cirugía las cuales cuentan con conocimiento empírico en algunas ocasiones cuentan con el conocimiento científico las cuales se puede identificar algún síntoma de algún tipo de aborto.

3.9.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION.

El cuestionario es un instrumento muy útil para la recogida de datos, especialmente de aquellos difícilmente accesibles por la distancia o dispersión de

los sujetos a los que interesa considerar, o por la dificultad para reunirlos. Permite, además, en paralelismo con la entrevista, identificar y sugerir hipótesis y validar otros métodos.

El cuestionario consiste en un conjunto de preguntas, normalmente de varios tipos, preparado sistemática y cuidadosamente, sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación o evaluación, y que puede ser aplicado en formas variadas, entre las que destacan su administración a grupos o su envío por correo.

Su versatilidad permite utilizarlo como instrumento de investigación y como instrumento de evaluación de personas, procesos y programas de formación. Es una técnica de evaluación que puede abarcar aspectos cuantitativos y cualitativos.

Su característica singular radica en que para registrar la información solicitada a los mismos sujetos, ésta tiene lugar de una forma menos profunda e impersonal, que el "cara a cara" de la entrevista. Al mismo tiempo, permite consultar a una población amplia de una manera rápida y económica.

Los instrumentos de la presente investigación, se utilizaron las técnicas de investigación documental y de campo.

- 9 La observación: es la técnica empleada al estar en contacto directo con el campo de estudio, que es el personal medico que elabora en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

- 9 La entrevista: se realizo la entrevista al determinado tema de estudio y un cuestionario estructurado previamente.

- 9 El cuestionario fue elaborado en función de las variables se aplica este procedimiento a la población en estudio.

El investigador cuando se plantea realizar un estudio suele tratar de desarrollar algún tipo de comparación. El diseño de la investigación supone, así, especificar la naturaleza de las comparaciones que habrían de efectuarse, esta puede ser:

- 9 Entre dos o mas grupos

- 9 De un grupo en dos o mas ocasiones

- 9 De un grupo de diferentes circunstancias

- 9 Con muestra de otros estudios

El diseño también debe especificar los pasos que habrán de tomarse para controlar las variables extrañas y señalar cuando, en relación con otros acontecimientos, se van a recabar los datos y debe precisar el ambiente en que se realice el estudio. Esto quiere decir que el investigador debe decir donde habrá de llevarse a cabo las intervenciones y recolección de datos, esto puede ser en un ambiente natural (el centro laboral de los sujetos) o en un ambiente de laboratorio (con todas las variables controladas).

Al diseño del estudio de investigación debe decir que información se dará a los sujetos al propósito de la investigación y obtener su consentimiento.

El diseño de investigación debe ser apropiado para la pregunta que se le emplea al investigador. Debe también llevar el mínimo o evitar los sesgos que puedan distorsionar los resultados del estudio. Adicionalmente un buen diseño trata de mejorar la precisión de la investigación, lo cual denota la sensibilidad para detectar los efectos de la variable independiente en relación con los efectos de los indicadores. Finalmente, el diseño debe contemplar de manera apropiada al aspecto del poder de la investigación es decir la capacidad del diseño para crear el máximo contraste entre el universo.

El término diseño se refiere al plan de estrategias concebida para obtener la información que se desea en una investigación.

Para la recolección de este tercer capítulo de la presente investigación se utilizó un instrumento para cuantificar, e interpretar datos estadísticos a través de medidas de tendencia central que son:

- ☉ Moda
- ☉ Media
- ☉ Mediana
- ☉ Desviación estándar

Se toma en consideración en la selección de la muestra a los médicos que laboran en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud para la unidad de análisis se utilizó la escala de tipo Likert * la cual consiste.

Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la elección de los sujetos. Es decir se presenta cada información y se pide al sujeto que externé su elección eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones.

En términos generales una escala Likert * se constituye generando un elevado número de afirmaciones que califique al objeto de actitud y se administra a in

grupo piloto para obtener las puntuaciones de grupo en cada afirmación. Estas puntuaciones se correlacionan con las puntuaciones del grupo a toda la escala, y las afirmaciones, cuyas puntuaciones se correlacionan significativamente con las puntuaciones de toda la escala se seleccionan para integrar el instrumento de medición. Asimismo, debe calcularse la confiabilidad y validez de la escala.

Para la selección de la unidad de análisis principal se ocupa la escala de Likert* la cual se presenta con 10 ítems, con cinco opciones de respuesta para que entre las cuales pueda elegir la que la persona desee, de esta forma se podrá concentrar la información que se desee de la presente investigación.

Para la unidad de análisis secundaria, se utilizó un cuestionario, para identificar si las enfermeras que están en contacto directo con las pacientes que presentan un aborto espontáneo realmente tienen conocimientos teóricos acerca de éste o sólo se basan en aprendizaje empírico.

3.10.-PROCEDIMIENTO

En esta investigación se redactó una pregunta de investigación, una hipótesis, objetivos y variables o ejes temáticos.

Se realizo un marco teórico para contar con referencias y antecedentes científicos ya estudiados y analizados por distintos investigadores, se analizaron teorías y se plasmaron en el capítulo 2 de esta investigación.

Se delimito el universo de la investigación y se selecciono la muestra a la que fueron aplicados los instrumentos, posteriormente se realizo un piloteo para corregir los instrumentos.

Posteriormente estos instrumentos fueron aplicados a la muestra real de la investigación, de los cuales se obtuvieron porcentajes de los que se realizaron graficas que fueron utilizadas y plasmadas en el Capitulo 4 para la interpretación de resultados que se dieron a conocer en el capítulo 4 y capítulo 5 de la presente investigación.

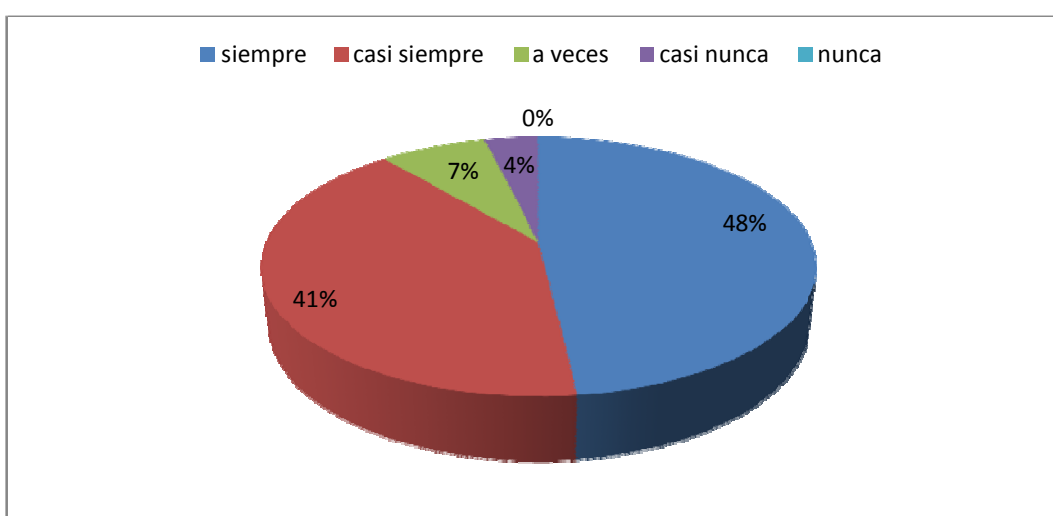
CAPITULO IV
INTERPRETACION DE RESULTADOS

En este capítulo se encuentran las interpretaciones, las graficas y porcentajes de los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos.

Ítem 1

¿Usted considera que la forma en la que atendieron su parto fue la mas adecuada?

Figura 1



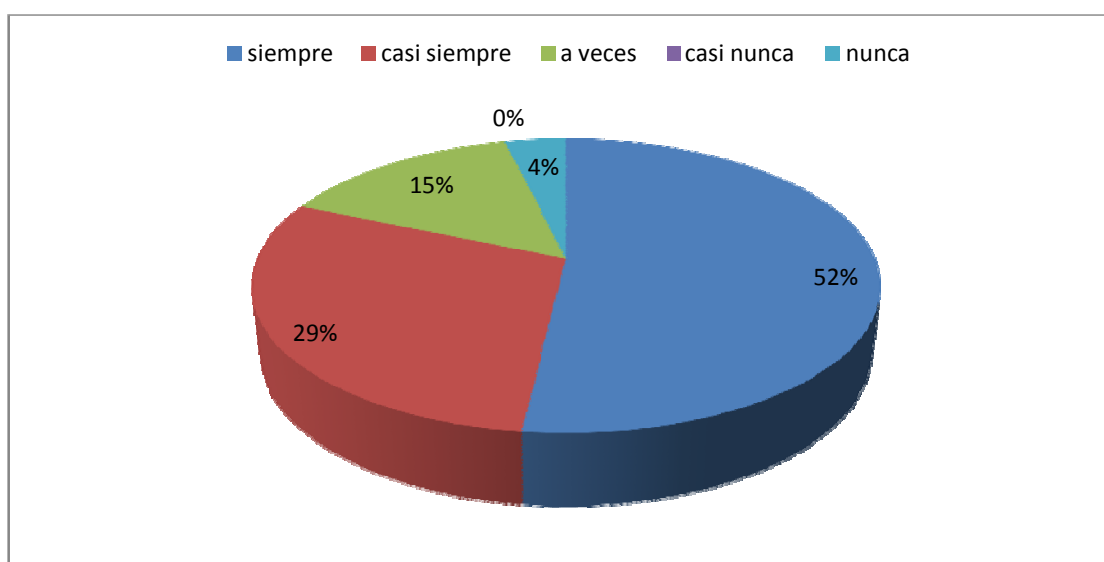
El 48% de las pacientes contestaron “siempre” ya que su conocimiento sobre las técnicas de atención del parto es nula. El 41% de las pacientes contestaron “casi siempre” debido a que su conocimiento sobre las técnicas de atención del parto es escasa. El 7% de las pacientes respondió “a veces” ya que llegaron a conocer otras técnicas de atención del parto que les parecieron mejores. El 4% de las pacientes contestó “casi siempre” debido a que su conocimiento sobre las técnicas de atención del parto

Esta pregunta contribuyo a la investigación al recabar información de cómo es que los sujetos de estudio perciben la forma en que fue atendido su parto y da a conocer el grado su grado de conocimiento sobre las técnicas de atención del parto.

Ítem 2

¿A usted le gustaría que su medico gineco-obstetra se actualizara en las técnicas de atención del parto?

Figura 2



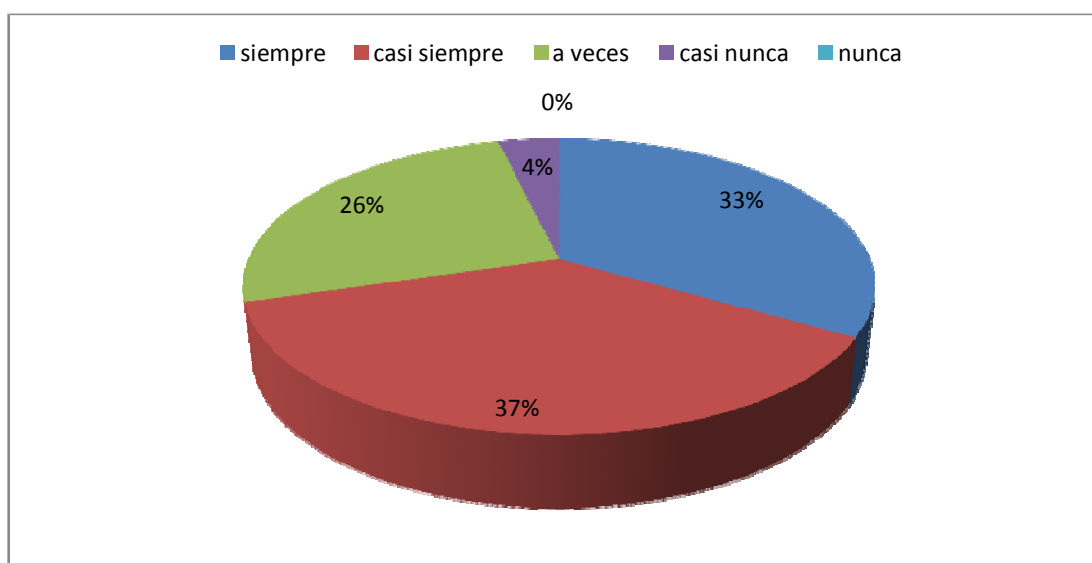
El 52% respondió “siempre” ya que a estos sujetos de estudio les interesa tener la seguridad de que su ginico-obstetra esta actualizado en la atención del parto para poder tener la certeza de que todo será hecho adecuadamente. El 29% respondió “casi siempre” debido a la seguridad de que su gineco-obstetra ya conoce las técnicas mas adecuadas en la atención de un parto eutócico. El 15% respondió “a

veces” debido a que no consideran importante los conocimientos de su gineco-obstetra sobre la atención del parto. El 4% de los sujetos de estudio respondió “nunca” ya que su conocimiento es escaso sobre las consecuencias que le traería un parto mal atendido. Esta pregunta ayudo a la investigación a recabar información sobre lo que prefieren los sujetos de estudio en su obstetra durante la atención del parto.

Ítem 3

¿Considera que la técnica utilizada por su medico para la atención del parto fue la mas adecuada?

Figura 3



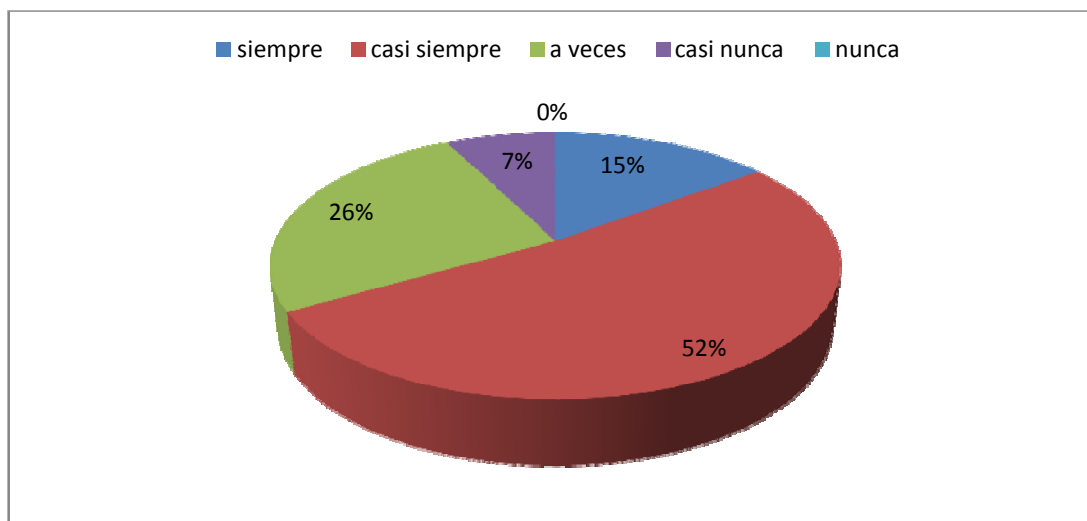
El 37% de las pacientes respondió “casi siempre” ya que consideran que su parto fue atendido de la forma mas adecuada de acuerdo a sus necesidades. El 33% de las entrevistadas respondió “siempre” ya que consideran que su parto fue atendido

con la técnica mas adecuada. El 26% de los sujetos de estudio respondió “a veces” ya que a su consideración su parto pudo haberse atendido con una mejor técnica. El 4% de las pacientes respondieron “casi nunca” ya que consideran que su parto no fue atendido con la mejor técnica. Este cuestionamiento contribuyo con la investigación al recabar información sobre el conocimiento de las pacientes sobre las técnicas de atención utilizadas en su parto.

Ítem 4

¿Considera usted buena la atención del personal se esta institución?

Figura 4



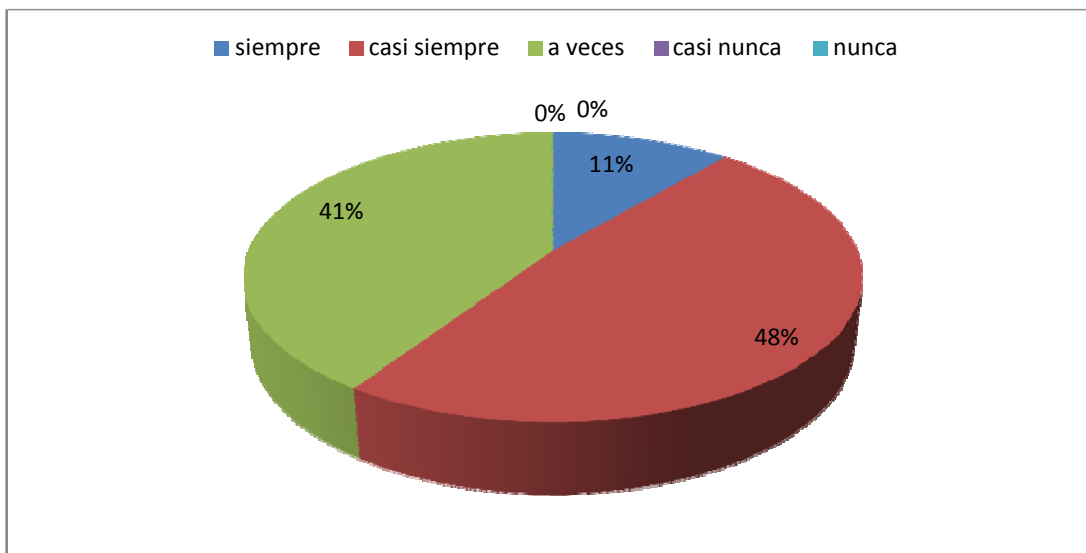
El 52% de las pacientes respondió “casi siempre” ya que consideran que la mayoría de las veces han sido bien atendidas. El 26% de las entrevistadas respondió “a veces” debido a que consideran que en algunas ocasiones no las trataron correctamente. El 15% de los sujetos de estudio respondió “nunca” ya que consideran que el trato del personal no fue el adecuado. El 7% de las pacientes

respondieron “casi nunca” ya que consideran que el trato del personal pudo haber sido mejor. Esta pregunta ayudo a la investigación al recabar información sobre la calidad en el trato de la institución en la que fueron atendidas.

Ítem 5

¿Considera usted adecuadas las instalaciones en las que atendieron su parto?

Figura 5



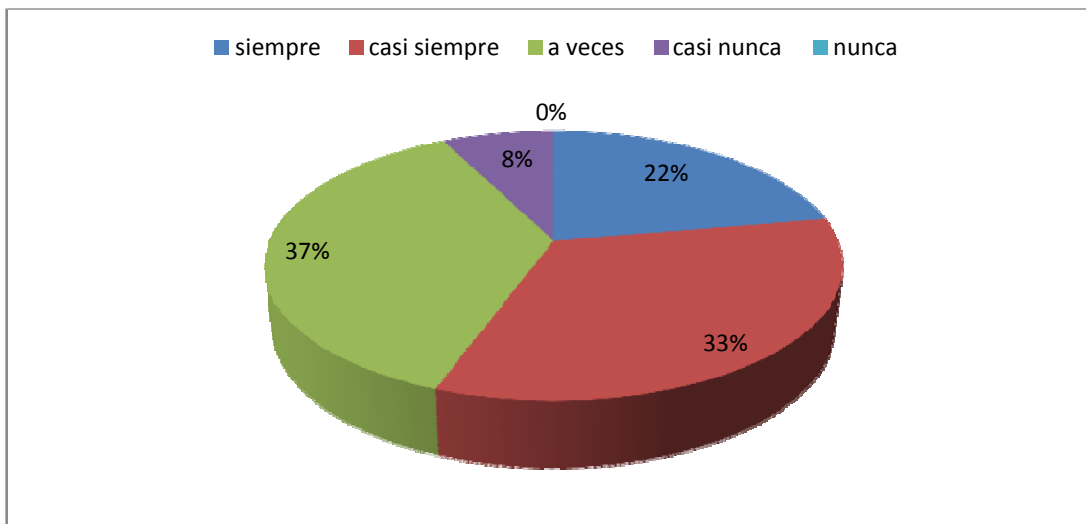
El 48% de los sujetos de estudio respondió “casi siempre” ya que consideran que las instalaciones en las que fue atendido su parto son aceptables. El 41% de las pacientes respondió “a veces” ya que considera que las instalaciones en las que fue atendido su parto fueron de regular calidad y que pudieron haber sido mejores. El 4% de las pacientes respondió “nunca” ya que considera que su parto fue atendido en unas instalaciones de mala calidad. Esta pregunta contribuyo con la

investigación al recabar información sobre la percepción de las pacientes sobre las instalaciones de la institución donde fue atendido su parto.

Ítem 6

¿Considera que el material utilizado para la atención de su parto fue el mas adecuado?

Figura 6



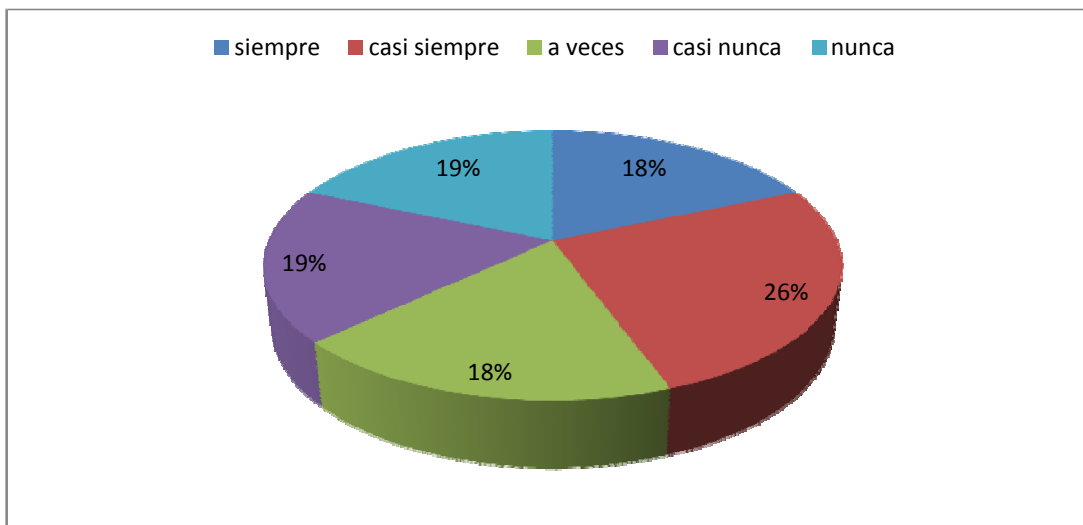
El 33% de las pacientes respondió “casi siempre” ya que sienten que el material utilizado fue adecuado de acuerdo a sus necesidades. El 37% de las pacientes respondió “a veces” ya que a su consideración el material utilizado para su atención pudo haber sido mejor. El 22% de las entrevistadas respondió “nunca” ya que considera que el material utilizado para atender su parto no fue el adecuado. El 8% de las pacientes entrevistadas respondió “casi nunca” ya que consideran que el material utilizado para la atención de su parto fue de regular calidad. Esta

pregunta contribuyo a la investigación al recabar la información sobre la percepción de las pacientes sobre el material utilizado para atender su parto.

Ítem 7

¿A usted antes de su parto le realizaron alguna radiografía?

Figura 7



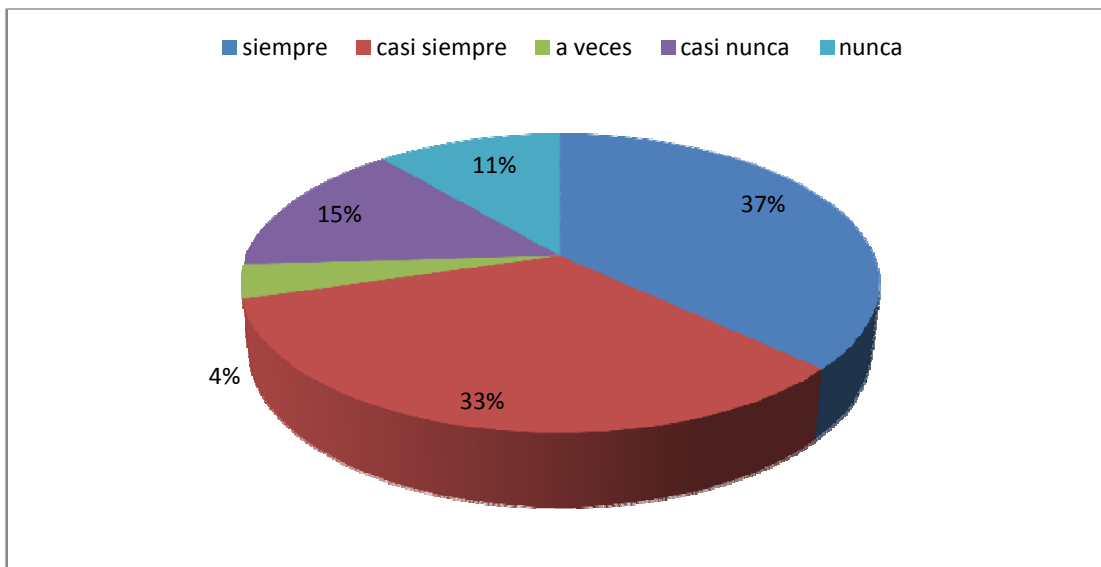
El 26% de las pacientes respondió “casi siempre” debido a que su gineco-obstetra decidió hacer uso de la pelvimetria radiológica para la mejor atención de su paciente. El 19% de las pacientes respondió “casi nunca” ya que su gineco-obstetra no le mando realizar la pelvimetria radiológica. El 19% de las entrevistadas respondió “nunca” ya que su gineco-obstetra les hablo sobre la pelvimetria radiológica pero no les pidió hacérsela. El 18% de las pacientes respondió “siempre” ya que su gineco-obstetra les hablo de el estudio radiológico y les lo mando hacer en cada paciente. El 18% de las pacientes respondió “a veces” ya que su gineco-obstetra decidió solamente hacer la pelvimetria clínica. Esta

pregunta contribuyo la investigación al recabar sobre el porcentaje de realización de pelvimetrias en las pacientes.

Ítem 8

¿Para usted son importantes los estudios que se realizan antes de atender un parto?

Figura 8



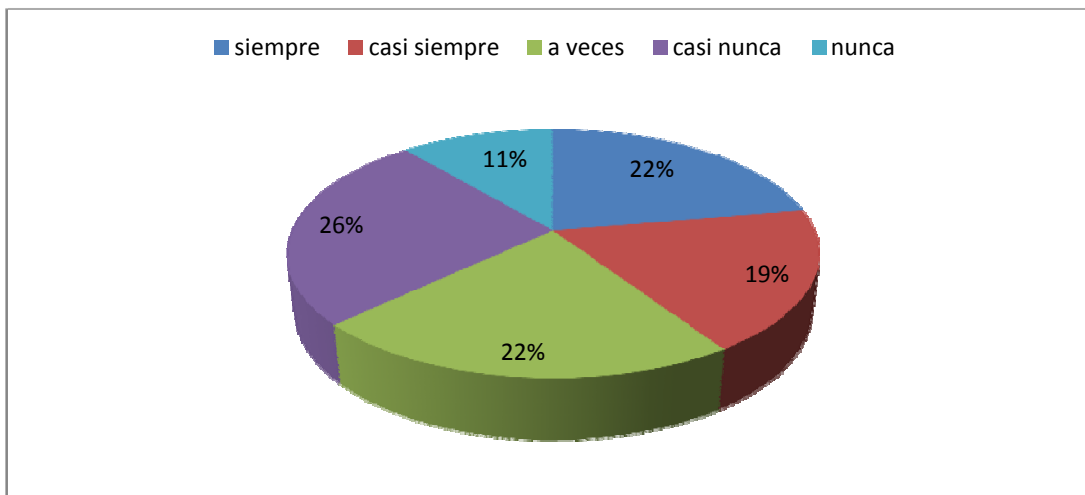
El 37% de las pacientes respondió “siempre” ya que consideran muy importantes los estudios que se realizaron antes de su parto para asegurar su bienestar y el de su hijo. El 33% de las pacientes respondieron “casi siempre” ya que considera importantes pero no indispensables los estudios pre-parto. El 15% de las pacientes respondieron “casi nunca” ya que consideran poco importantes los estudios pre-parto. El 11% de las pacientes respondió “nunca” no consideran importantes los estudios que se les realizan antes de su parto. El 4% de las

pacientes respondió “a veces” solo consideran algunos estudios pre-parto. Esta pregunta contribuyo a la investigación al recabar información de la percepción de las pacientes sobre los estudios pre-parto.

Ítem 9

¿Ha escuchado hablar de la pelvimetria radiológica?

Figura 9



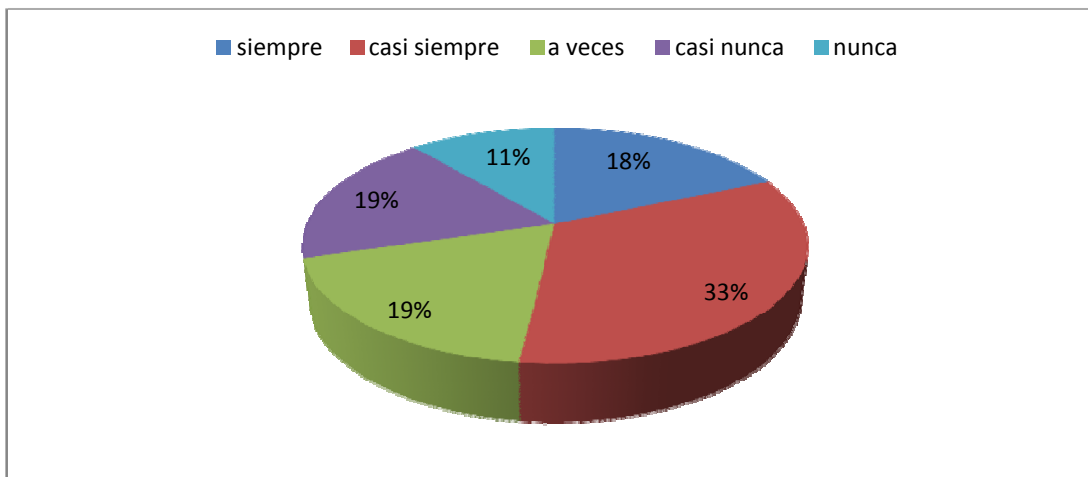
El 26% de las pacientes respondió “casi nunca” ya que su gineco-obstetra solo mencione el termino pero no lo explica. El 22% de las pacientes respondió “a veces” ya que solo en pocas ocasiones escucho el termino. El 22% de las pacientes respondió “siempre” ya que su gineco-obstetra se preocupo por explicarle el termino y para que le sirva. El 19% de las pacientes respondió “casi siempre” ya que escuchan el termino, lo conocen pero no lo aplican. El 11% de las pacientes respondió “nunca” ya que su ginecólogo no les ha mencionado el termino y por lo tanto no lo conocen. Esta pregunta ayudo a la investigación ya

que recaba información sobre los conocimientos de los pacientes sobre la pelvimetria radiológica

Ítem 10

¿Usted ha dejado que atiendan su parto sin que se le realicen radiografías antes?

Figura 10



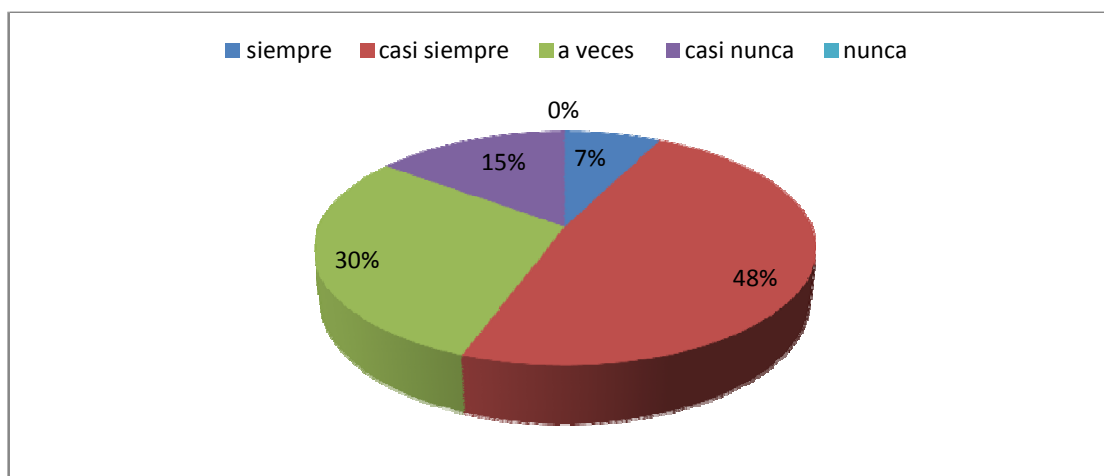
El 33% de las pacientes respondieron “casi siempre” ya que la mayoría no se hizo pelvimetria antes de su primer parto. El 19% de las pacientes respondió “a veces” ya que les pidieron realizarse la pelvimetria pero su decisión fue no realizársela. El 19% de las pacientes respondió “casi nunca” ya que el estudio les fue solicitado y realizado pero no necesario. El 18% de las pacientes respondió “siempre” ya que el estudio no fue solicitado ni realizado ni requerido. El 11% de las pacientes respondió “nunca” ya que se les solícito el estudio, se lo realizaron y sirvió de base para la seguridad de la paciente y del obstetra. Esta pregunta contribuyo con la

investigación el recabar información sobre la realización de la pelvimetría en las pacientes entrevistadas.

Ítem 11

¿Considera usted que las radiografías en el embarazo afecten a su bebe?

Figura 11

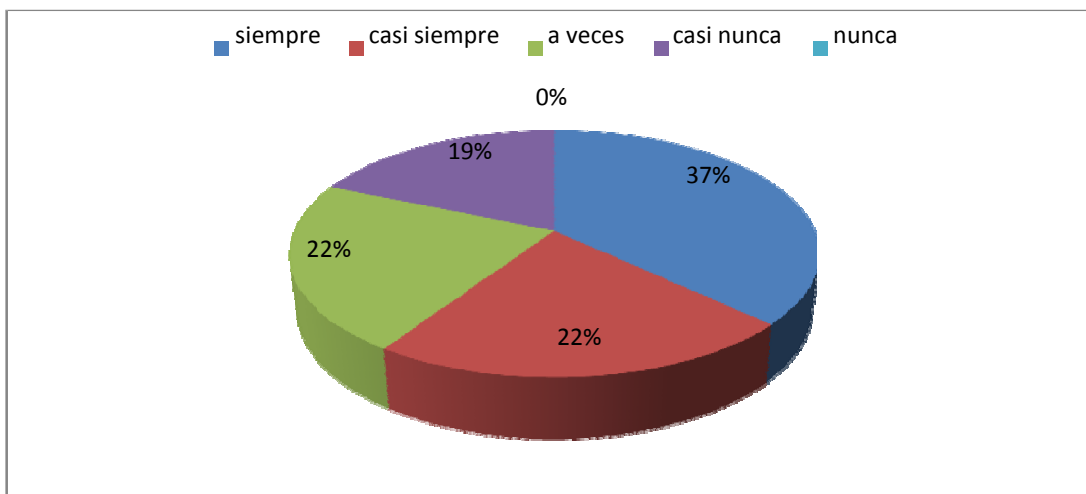


El 48% de las pacientes respondió “casi siempre” ya que consideran que la pelvimetría afecta el embarazo. El 30% de las pacientes respondió “a veces” ya que considera que la pelvimetría mal realizada si puede afectar el embarazo. El 15% de las pacientes respondió “casi nunca” ya que consideran que las radiografías bien realizadas no afectan generalmente el embarazo. El 7% de las pacientes respondió “nunca” ya que consideran que las radiografías no afectan el embarazo. Esta pregunta contribuyo con la investigación al recabar información sobre el conocimiento de las pacientes sobre la toma de radiografías en el embarazo.

Ítem 12

¿Usted considera necesaria la toma de radiografías para que su parto sea bueno?

Figura 12

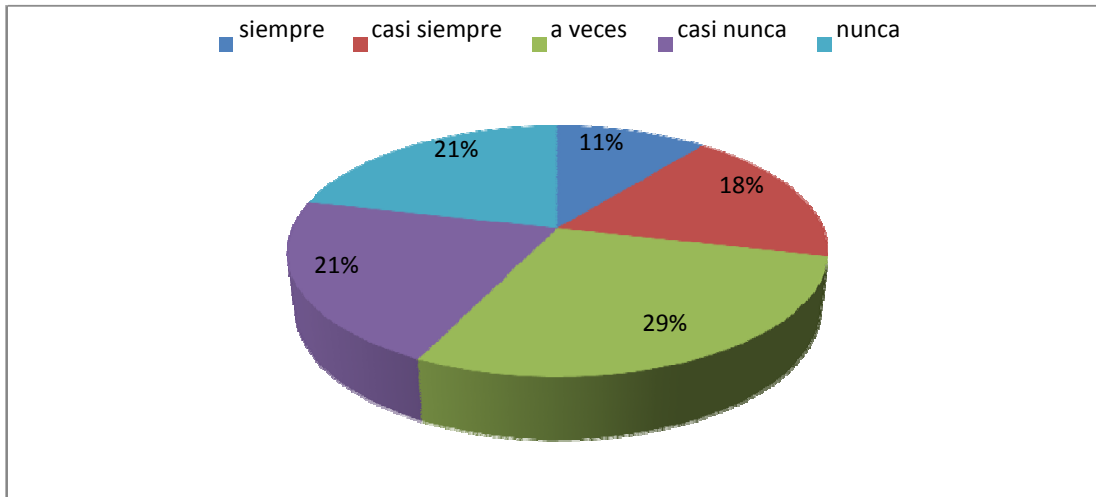


El 37% de las pacientes respondió “siempre” ya que consideran que la toma de radiografías a finales del embarazo ayuda a realizar un parto eutócico. El 22% de las pacientes respondió “casi siempre” ya que consideran que la toma de radiografías puede ayudar a tener un buen parto. El 22% de las pacientes respondió “a veces” ya que consideran que la toma de radiografías es necesaria solo en algunas ocasiones. El 19% de las pacientes respondió “casi nunca” ya que considera que la toma de radiografías no es necesaria en la mayoría de los casos. Esta pregunta contribuyó con la investigación al recabar información sobre lo que consideran las pacientes sobre la toma de la pelvimetría radiológica a finales de su embarazo.

Ítem 13

¿Tuvo usted alguna complicación en su parto?

Figura 13

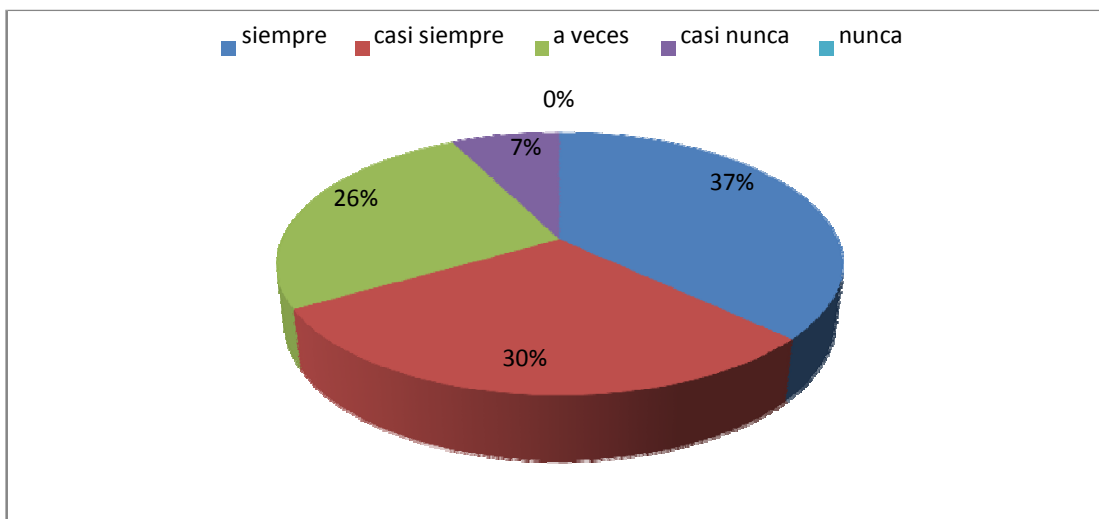


El 29% de las pacientes respondió “a veces” ya que en algunas ocasiones presentaron complicaciones leves. El 21% de las pacientes respondió “casi nunca” ya que solo en variadas ocasiones presentaron alguna complicación durante el parto. El 21% de las pacientes respondió “nunca” ya que no han tenido complicaciones en su parto. El 18% de las pacientes respondió “casi siempre” ya que han presentado complicaciones en la mayoría de sus partos. El 11% de las pacientes respondió “siempre” ya que en todos sus partos han presentado alguna complicación. Esta pregunta contribuyó con la investigación al recabar información sobre los porcentajes de complicaciones que han presentado en sus partos.

Ítem 14

¿Considera que su obstetra esta capacitado para atender alguna complicación que se presente durante su parto?

Figura 14

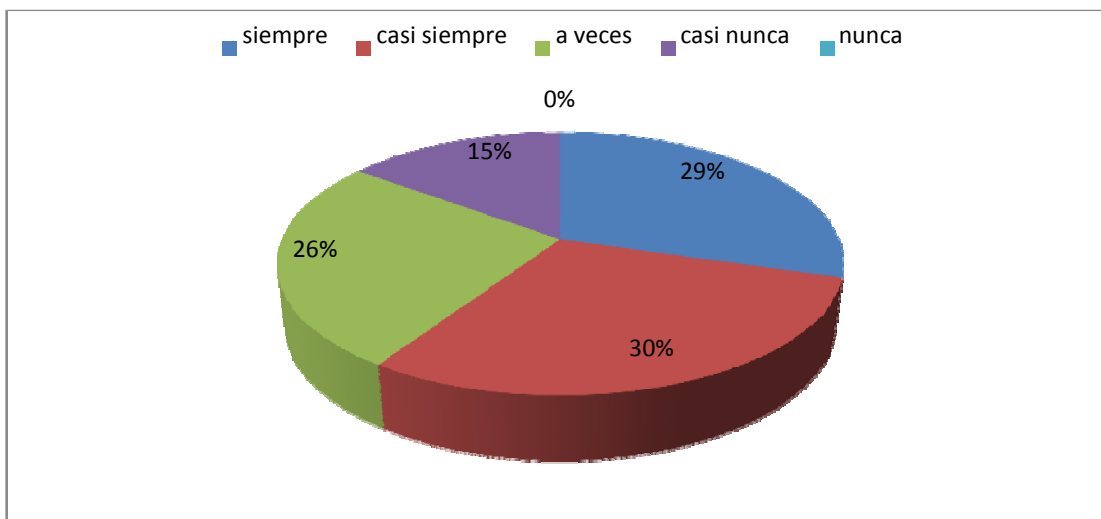


El 37% de las pacientes respondió “siempre” ya que consideran que su obstetra esta capacitado para resolver cualquier tipo de complicación. El 30% de las pacientes respondió “casi siempre” ya que consideran que su obstetra esta capacitado para atender solo algún tipo de complicación. El 26% de las pacientes respondió “a veces” ya que consideran a su obstetra poco capacitado para atender alguna complicación. El 7% de las pacientes respondió “casi nunca” ya que consideran que su obstetra no es capaz de atender alguna complicación. Esta pregunta contribuyo a la investigación al recabar información sobre la confianza de las pacientes a sus obstetras.

Ítem 15

¿Considera usted adecuadas las instalaciones si se le presentara alguna complicación?

Figura 15



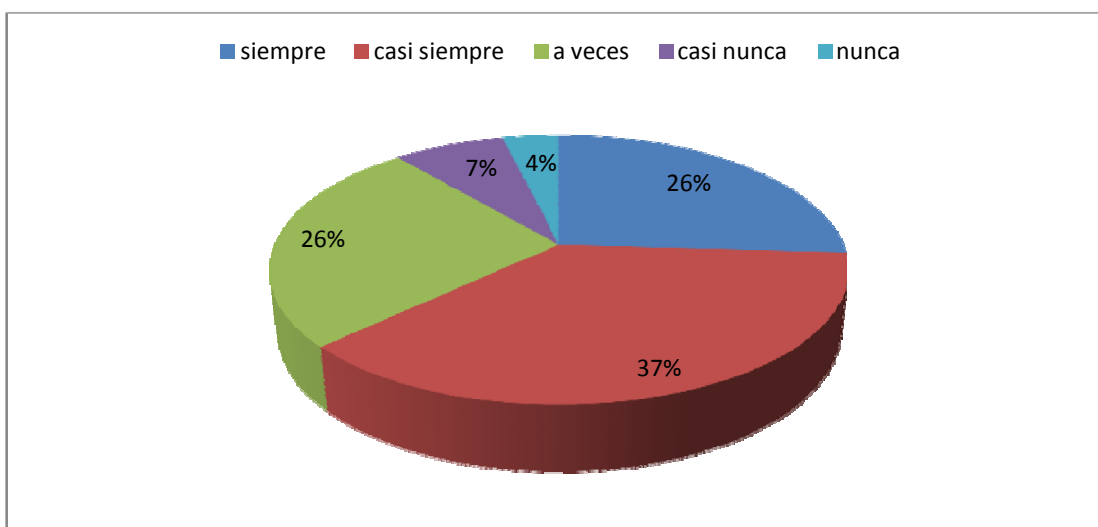
El 30% de las pacientes respondió “casi siempre” ya que consideran las instalaciones adecuadas para atender algunas complicaciones que se pudieran presentar. El 29% de las pacientes respondió “siempre” ya que consideran adecuadas las instalaciones para atender cualquier tipo de complicación que se presente. El 26% de las pacientes respondió “a veces” ya que consideran que las instalaciones son medianamente adecuadas para la atención de las complicaciones. El 15% de las pacientes respondió “casi nunca” ya que consideran las instalaciones poco adecuadas para la atención de las complicaciones. Esta pregunta contribuyó con la investigación al recabar

información sobre la percepción de las pacientes sobre las instalaciones de la institución en la que se atendió su parto.

Ítem 16

¿Considera capaz al personal de atender adecuadamente alguna complicación que se presente en su parto?

Figura 16



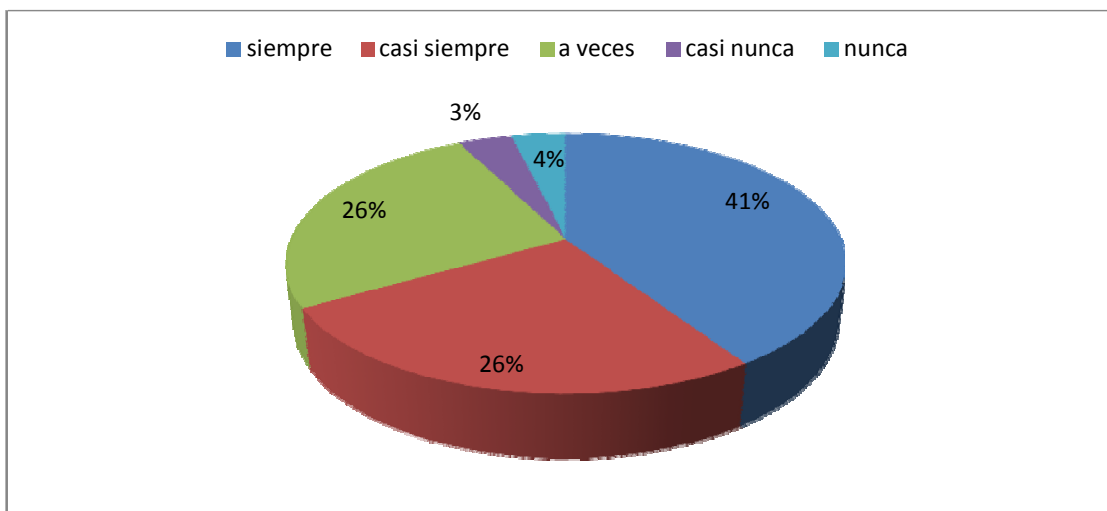
El 37% de las pacientes respondió “casi siempre” ya que considera al personal capaz de atender alguna complicación que se presente. El 26% de las pacientes respondió “a veces” ya que considera que el personal esta capacitado para atender solo algunas complicaciones leves. El 26% de las pacientes respondió “siempre” ya que consideran que el personal esta bien capacitado para atender cualquier complicación. El 7% de las pacientes respondió “casi nunca” ya que consideran que el personal esta poco capacitado para atender complicaciones. El 4% de las pacientes respondió “nunca” ya que consideran que el personal no esta

capacitado para atender complicaciones. Esta pregunta recabo información sobre la percepción de las pacientes sobre los conocimientos del personal en la atención de complicaciones.

Ítem 17

¿Considera usted necesario que el personal se actualice sobre la atención de las complicaciones durante su parto?

Figura 17



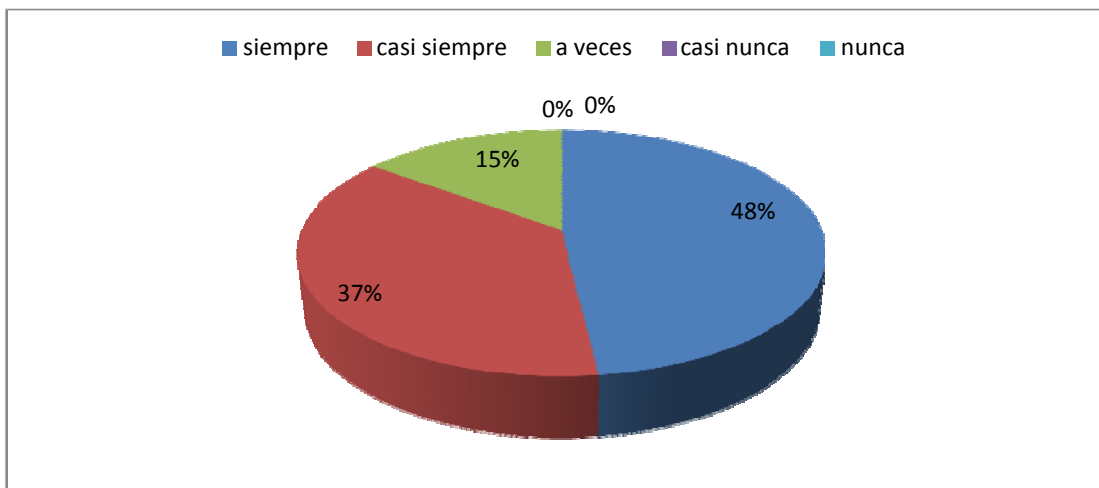
El 41% de las pacientes respondió “siempre” ya que considera necesaria la actualización del personal en la atención de complicaciones. El 26% de las pacientes respondió “casi siempre” ya que consideran necesaria la actualización del personal en algún tipo de complicación. El 26% de las pacientes respondió “a veces” ya que consideran necesaria la actualización del personal en la mayoría de las complicaciones. El 4% de las pacientes respondió “nunca” ya que consideran innecesaria la actualización del personal. El 3% de las pacientes

respondió “casi nunca” ya que consideran poco necesaria la actualización del personal en complicaciones. Esta pregunta contribuyo con la investigación al recabar información sobre la percepción de las pacientes sobre la falta de actualización en el personal.

Ítem 18

¿Considera usted importante su conocimiento sobre lo que es un parto?

Figura 18

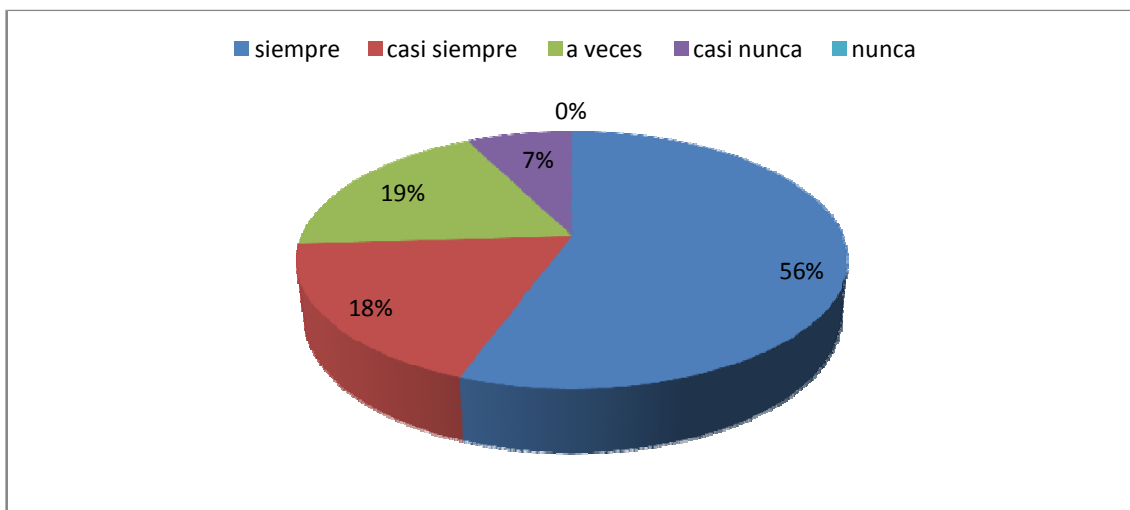


El 48% de las pacientes respondió “siempre” ya que consideran muy importante saber que es un parto y que esperar de el. El 37% de las pacientes respondió “casi siempre” ya que consideran importante su conocimiento sobre lo que es un parto. El 15% de las pacientes respondió “a veces” ya que consideran poco importante su conocimiento de lo que es un parto. Esta pregunta ayudo a la investigación a recabar información sobre la percepción de las pacientes sobre su conocimiento de lo que es el parto.

Ítem 19

¿Considera usted necesario su conocimiento sobre las complicaciones que puede traer un parto?

Figura 19

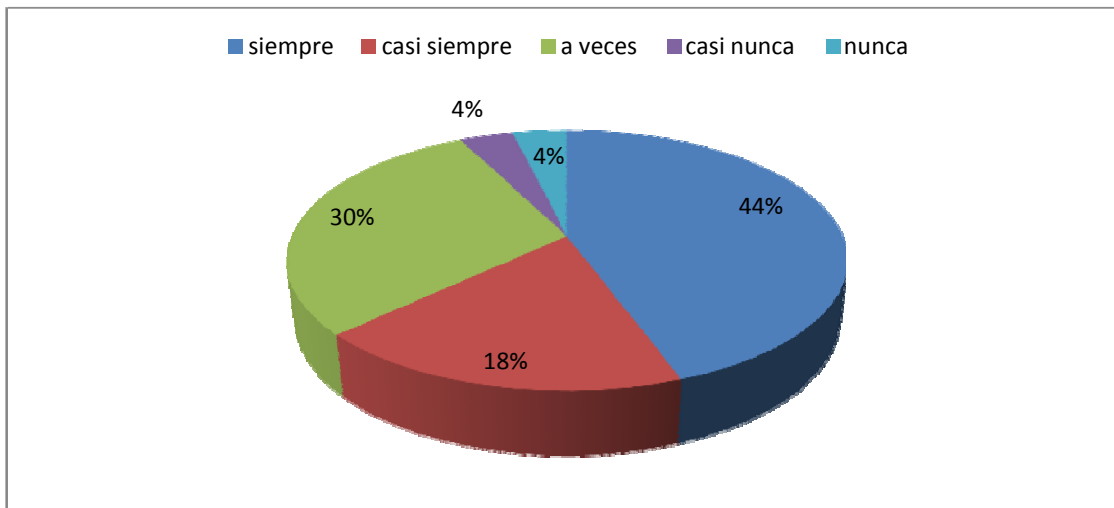


El 56% de las pacientes respondió “siempre” ya que consideran necesario saber que tipo de complicaciones les puede traer un parto. El 19% de las pacientes respondió “a veces” ya que no les parece muy importante saber que complicaciones puede traer un parto. El 18% de las pacientes respondió “casi siempre” ya que les parece importante conocer las complicaciones que puede ocasionar un parto. El 7% respondió “casi nunca” ya que no les parece importante conocer las complicaciones que les puede traer un parto. Esta pregunta contribuyo con la investigación al recabar información sobre la importancia de que la mujer conozca las complicaciones que les puede traer un parto.

Ítem 20

¿Considera usted importante su complejión para la atención de su parto?

Figura 20

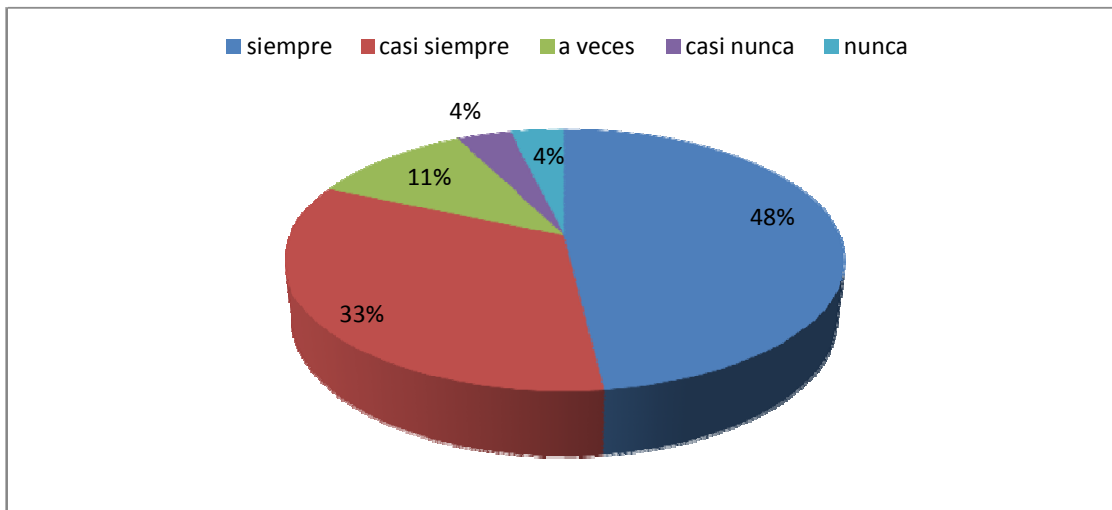


El 44% de las pacientes respondió "siempre" ya que considera que sus rasgos físicos son importantes para que se realice un buen parto. El 30% de las pacientes respondió "a veces" ya que no les parecen muy importantes sus rasgos físicos para tener un buen parto. El 18% de las pacientes respondió "casi siempre" ya que las parecen importantes sus rasgos físicos para la atención de un buen parto. El 4% de las pacientes respondió "casi nunca" ya que no les parecen muy importantes sus características físicas para tener un buen parto. El 4% de las pacientes respondió "nunca" ya que no consideran importantes sus características físicas para tener un buen parto. Esta pregunta ayudo a la investigación al recabar información sobre la importancia de las características físicas de la mujer para tener un buen parto.

Ítem 21

¿Considera su edad la mejor para tener un buen parto?

Figura 21

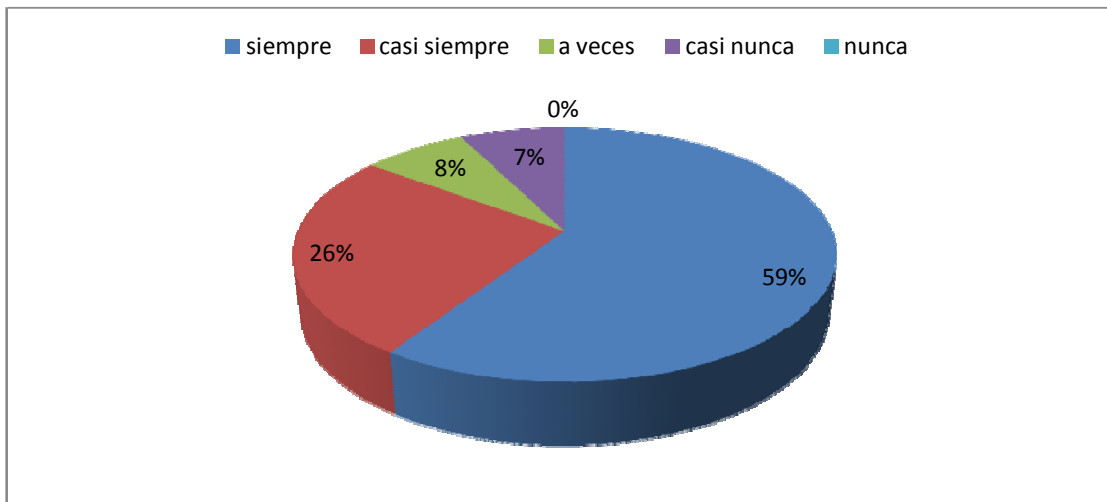


El 48% de las pacientes respondió “siempre” ya que considera la edad como factor muy importante para poder tener un buen parto. El 33% de las pacientes respondió “casi siempre” ya que considera la edad importante para poder tener un buen parto. El 11% de las pacientes respondió “a veces” ya que consideran la edad levemente importante para poder tener un buen parto. El 4% de las pacientes respondió “casi nunca” ya que considera la edad poco importante para poder tener un buen parto. El 4% de las pacientes respondió “nunca” ya que no consideran importante la edad para tener un buen parto. Esta pregunta ayudo a la investigación al recabar información sobre la importancia que las pacientes le dan a la edad para la atención de un buen parto.

Ítem 22

¿Considera su alimentación importante para tener un buen parto?

Figura 22

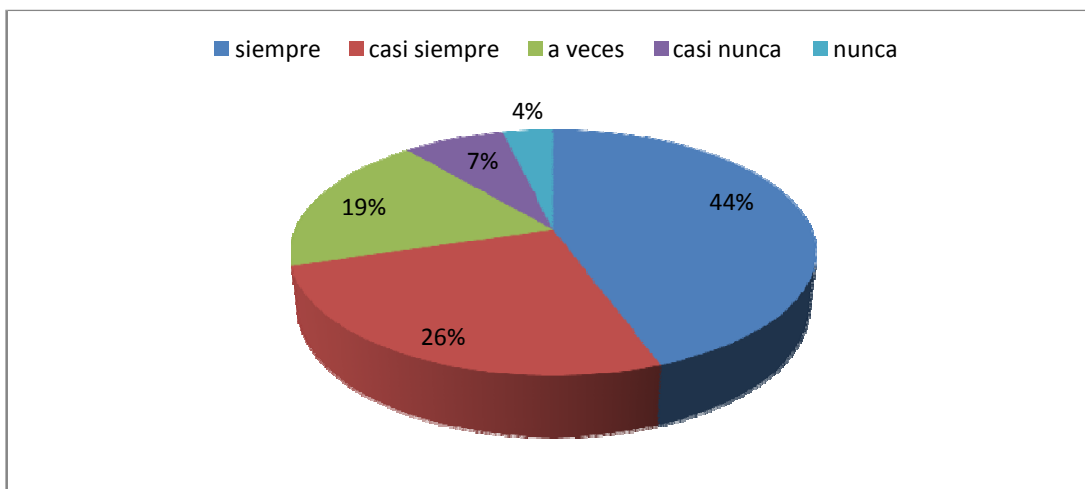


El 59% de las pacientes respondió “siempre” ya que consideran que la alimentación influye mucho para tener un buen parto. El 26% de las pacientes respondió “casi siempre” ya que consideran importante la alimentación para tener un buen parto. El 8% de las pacientes respondió “a veces” ya que consideran levemente importante a la alimentación para poder tener un buen parto. El 7% de las pacientes respondió “casi nunca” ya que consideran poco importante la alimentación para tener un buen parto. Esta pregunta contribuyó con la investigación al recabar información sobre lo importante que es la alimentación para poder tener un buen parto.

Ítem 23

¿Considera que hacer ejercicio, como caminar, influya para tener un buen parto?

Figura 23

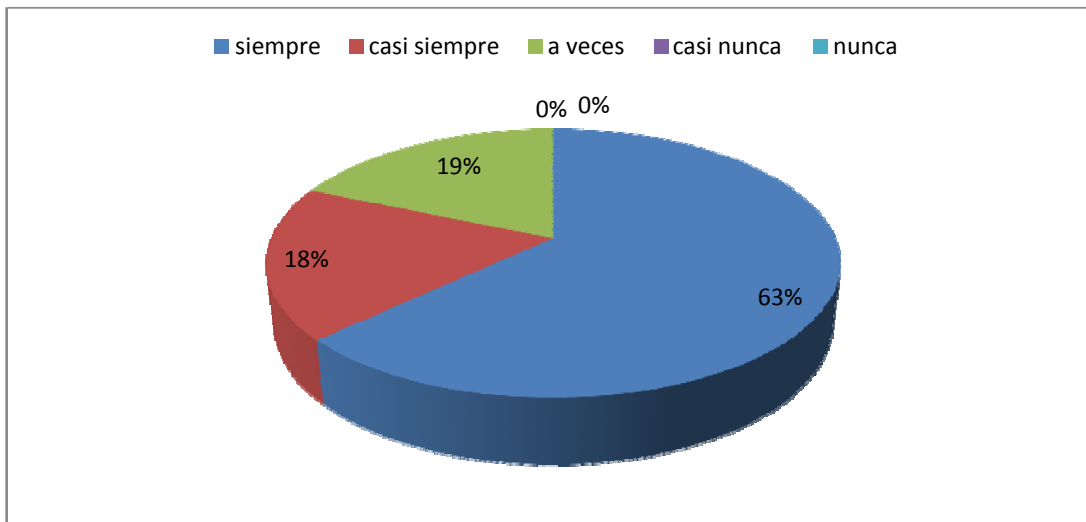


El 44% de las pacientes respondió "siempre" ya que consideran que el ejercicio es muy importante para poder tener un buen parto. El 26% de las pacientes respondió "casi siempre" ya que consideran que el ejercicio es importante para poder tener un buen parto. El 19% de las pacientes respondió "a veces" ya que consideran el ejercicio levemente importante para tener un buen parto. El 7% de las pacientes respondió "casi nunca" ya que consideran poco importante ejercitarse para tener un buen parto. El 4% de las pacientes respondió "nunca" ya que no consideran importante el ejercicio para tener un buen parto. Esta pregunta contribuyo con la investigación al recabar información sobre lo que consideran las pacientes a cerca del ejercicio para tener un buen parto.

Ítem 24

¿Considera buena su recuperación después del parto?

Figura 24



El 63% de las pacientes respondió “siempre” ya que consideran que su recuperación post-parto ha sido excelente. El 19% de las pacientes respondió “a veces” ya que consideran que su recuperación del parto no ha sido del todo favorable. El 18% de las pacientes respondió “casi siempre” ya que consideran que su recuperación del parto ha sido buena. Esta pregunta contribuyó con la investigación al recabar información sobre la recuperación de las pacientes después de un parto.

CAPITULO V
CONCLUSIONES

5.1.- CONCLUSIONES.

Al principio de la investigación se planteo la pregunta de investigación, se redactaron objetivos y para realizar la investigación se seleccionaron variables y se redacto una hipótesis para intentar dar respuesta a la pregunta de investigación anteriormente planteada.

El objetivo general fue aplicar la técnica mas actualizada en la atención del parto eutócico, lo que probablemente se logre cumplir ya que al hacer el estudio se comprobó que la actualización se realiza regularmente en el personal que atiende el parto debido a las complicaciones que se pueden presentar y a la exigencia de las pacientes por tener un parto mejor atendido.

Sobre la hipótesis realizada que es “A mayor actualización en las técnicas de atención del parto, menores complicaciones en el parto.” Se concluye que es verdadera ya que al realizar investigaciones de la actualización de los obstetras se comprueba que hay menos complicaciones en los partos atendidos por estos obstetras.

A pesar del poco conocimiento de las pacientes en las técnicas de atención del parto, de la pelvimetria radiológica y de las complicaciones que puede traer un parto, se concluye que a la mayoría le interesa empezare a conocer mas sobre estos temas ya que se intento sembrar en ellas la inquietud de investiga y preguntar a su obstetra sobre la atención de su parto.

5.2.- SUGERENCIAS Y PROPUESTAS.

Se sugiere continuar con esta investigación mas a fondo ya que se puede lograr a través de la lectura de esta investigación fomentar en los obstetras la actualización de las técnicas en la atención del parto eutócico y realizar una buena obstetricia.

En las pacientes conocer lo que es un parto, que complicaciones puede traer y como evitarlas.

Se sugiere también inculcar en todas las mujeres en edad reproductiva el interés por las funciones de su cuerpo con y sin embarazo para obtener mas ayuda de ellas durante el parto, se tendrá que hablar también de los beneficios y complicaciones de un parto, del control prenatal adecuado y de la importancia de la pelvimetria radiológica en el primer embarazo de cada mujer.

Se debe buscar la forma de llegar a comunidades alejadas donde es la falta de información lo que afecta y perjudica a las mujeres que ahí viven por lo que es necesario llevar la información a todas estas comunidades ayudando asi a toda la comunidad y evitando mortalidad materna e infantil que se presenta en estos lugares.

5.3.- LINEAS DE INVESTIGACION.

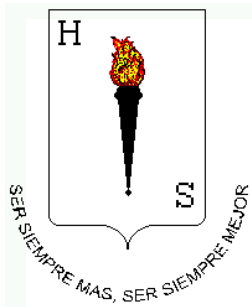
- Técnica más utilizada en el parto eutócico.

- Pelvimetria radiológica

-Conocimientos de las pacientes sobre la atención correcta del parto.

-Material y equipo utilizado para la atención del parto.

APENDICES



Apéndice A

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

Objetivo.-En este cuestionario se pretende recabar información únicamente para fines académicos.

Por favor marque con una "X" la respuesta que elija.

1ª.-¿Usted considera que la forma en que atendieron su parto fue la mas adecuada?

Siempre() casi siempre() a veces() casi nunca() nunca()

2ª.-¿A usted le gustaría que su medico gineco-obstetra se actualizara en las técnicas de atención del parto?

Siempre() casi siempre() a veces() casi nunca() nunca()

3ª.-¿Considera usted que la técnica utilizada por su medico para la atención de su parto fue la mas adecuada?

Siempre() casi siempre() aveces() casi nunca() nunca()

4ª.-¿Considera usted buena la atención del personal de esta institución?

Siempre() casi siempre() aveces() casi nunca() nunca()

5ª.-¿Considera usted adecuadas las instalaciones en las que fue atendido su parto?

Siempre() casi siempre() aveces() casi nunca() nunca()

6ª.-¿Considera que el material que fue utilizado para la atención de su parto sea el mas adecuado?

Siempre() casi siempre() aveces() casi nunca() nunca()

7b.-¿A usted antes de su parto le realizaron alguna radiografía?

Siempre() casi siempre() aveces() casi nunca() nunca()

8b.-¿Para usted son importante los estudios que se le realizan antes de atender su parto?

Siempre() casi siempre() aveces() casi nunca() nunca()

9b.-¿Ha escuchado hablar de la pelvimetria rediologica?

Siempre() casi siempre() aveces() casi nunca() nunca()

10b.-¿Usted ha dejado que atiendan su parto sin que se le realicen radiografias antes?

Siempre() casi siempre() aveces() casi nunca() nunca()

11b.-¿Considera usted que las rediografias en el embarazo afecten a su bebe?

Siempre() casi siempre() aveces() casi nunca() nunca()

12b.-¿considera usted necesaria la toma de radiografias para que su parto sae bueno?

Siempre() casi siempre() aveces() casi nunca() nunca()

13c.-¿Tuvo usted alguna complicación en su parto?

Siempre() casi siempre() aveces() casi nunca() nunca()

14c.-¿Considera que su obstetra esta capacitado para atender alguna complicación que se presentara durante su parto?

Siempre() casi siempre() aveces() casi nunca() nunca()

15.-¿Considera adecuadas las instalaciones y si se la presentara alguna complicación en su parto?

Siempre() casi siempre() a veces() casi nunca() nunca()

16.-¿Considera usted capaz al personal de atender adecuadamente alguna complicación que se presente?

Siempre() casi siempre() a veces() casi nunca() nunca()

17c.-¿considera necesario que el personal se actualice sobre la atención de complicaciones en el parto?

Siempre() casi siempre() a veces() casi nunca() nunca()

18c.-¿considera usted importante su conocimiento sobre lo que es un parto?

Siempre() casi siempre() a veces() casi nunca() nunca()

19d.-¿Considera usted necesario su conocimiento sobre las complicaciones que pueda traer un parto?

Siempre() casi siempre() a veces() casi nunca() nunca()

20d.-¿Considera importante su complejión para la atención de su parto?

Siempre() casi siempre() a veces() casi nunca() nunca()

21d.-¿Considera su edad la mejor para tener un buen parto?

Siempre() casi siempre() a veces() casi nunca() nunca()

22d.-¿Considera su alimentación importante para tener un buen parto?

Siempre() casi siempre() a veces() casi nunca() nunca()

23d.-¿Considera que hacer ejercicio como caminar influya para tener un buen parto?

Siempre() casi siempre() aveces() casi nunca() nunca()

24d.-¿considera buena su recuperación después de su parto?

Siempre() casi siempre() aveces() casi nunca() nunca()

GRACIAS POR SU TIEMPO

BIBLIOGRAFÍA.

Alvares Bravo A. Diagnostico de los trastornos menstruales y hemorrágicos En: Alfonso Alvares Bravo y su obra Editorial Marketing y Publicidad SA.Tomo I 1993

Amparo Magaly Castro Torres. -Manual de procedimientos de enfermería Editorial Ec-med. La habana 2002.

Autor: Roberto Hernandez Sampieri , Carlos Fernandez Collado Metodologia de la investigación Cuarta edición Editorial Ultra S.A. de C.V. Mexico D.F 2006

Autores: Eugenia Arce, Oscar Godoy, Barbarita Gomez Enciclopedia autodidactica milenium Editorial Norma, S,A. Edicion 2001 Impreso en Colombia.

Brown AF. -Enfermeria medica Interamericana Mexico D.F. 1973

Bruner y Sudent -Enfermeria md+edicoquirurgica 8va. Edición. Editorial interamericana. Mexico DF 1988

Bryanton J, Fraser-Davey H Sullivan. -Obstetricia Ginecológica Neonatal de enfermería.

Diccionario medico 2da edición 1974 Salvat editores

Dr. En C.M. Efrain Vazquez-Benitez. Programa de actualización continua para médicos generales GINECOLOGIA Parte D, libro 2

Edward J.Quilligan.Frederick P.Zuspan Volumen 3 Edición ciencia y técnica, S.A. 1989 Editorial limusa S.A de C.V. Impreso en México.

F. Gary Curingham Noraman Obstetricia de Williams Editorial panamericana

G.

Félix Alonso Ramírez .Obstetricia para la enfermera profesional Editorial El manual modero México D.F.

Fernandez Cruz. Dirigido por. -El libro de la salud. Ediciones Danae s.a.

Fernandez-Cid A. -Trtado y atlas de vaginitis Salvat editorial 1980

Guia practica de urología ginecológica Editado por Sociedad mexicana de urología ginecológica y laboratorios Organon 1994.

Héctor Mondragòn Castro Libro de ginecobstetricia de la niñez a la senectud
Autor Editorial trillas S.A de C.V 2001 Segunda edición 2006 Impreso en México.

Impreso en México. DGinecología y obstetricia operatoria.

James M. Tanner. – Gordon Rattray Taylor. -El crecimiento Segunda edició
Ediciones culturales Internacionales

James R. Scott Tratado de obstetricia y ginecología Editorial Mexicana

Jose Huertas Clasificacion de los Objetivos Editorial Trillas

Lu Verne Woolf Lewis, Barbara Kuhn Timby -Fundamentos de enfermerí 4° edició
Editorial Harla

Manual de enfermería Oceano centrum.

Mclachlon Especialista en ciencias medicas Ultima edición 2007 Edición servicio
meocaliçogia Hospital clínico universal de chile publicación

Mendoza Arestegui. I. -Gineco.obstetricia. Guías. El manual moderno. Mexico
1992.

Merck Sharp Dohme Manual de Merck Octava edición 1992 Edición española
Impreso en España por Ingraf Pág. 1942-19944

Miguel Zamora García Ginecoobstetricia México 1995

Miguel Zamora Garza, Carlos J. Briones Garduño Gineco-obstetricia (temas
selectos) Instituto Politécnico Nacional.

Miller NF, Avery, M. -Enfermeria Ginecologica 5° edición Editorial interamericana
Mexico DF 1996

Oncología ginecológica clínica Editorial Mosby. Cuarta edición 1994.

Perez-Peña E. Infertilidad, esterilidad y endocrinología de la reproducción Salvat
México Segunda edición 1995

Pernoll ML Diagnostico y tratamiento ginecoobstetrico El manual moderno Mexico
Sexta edición 1991.

Rubio-Lotvin b. Anticoncepcion Medicina de la reproducción humana Organon mexicana Mexico 1995.

Tratado de ginecología de Novak Editorial interamericana-McGra Hill. Undecima edición 1994.

Tratado de obstetricia y ginecología Octava edición 2001 Editores: James R. Scott, M.D Philip B. Hammond, M.D William N. Spellacy, M.D Editorial Mexicana

Van Dinh T. Sumario de patología ginecológica Editorial La prensa medica mexicana 1992

Vazquez E. Aspectos histoquimicos del endometrio humano Gac. Med. Mex.1966;96: 1277-93

William H. M aster, Virginia E. Johnson, Robert C. Kolodny -La sexualidad humana volume I Editorial Grijalbo.

Zamudio Pedraza Alfonso. Apuntes de Obstetricia en el periodo escolar 2007-2008.

Héctor Mondragón Castro -Libro de ginecobstetricia de la niñez a la senectud Editorial trillas S.A de C.V 2001 Segunda edición 2006 Impreso en México

Tratado de obstetricia y ginecología Octava edición 2001 Editores: James R. Scott, M.D Philip B. Hammond, M.D William N. Spellacy, M.D

Editorial Mexicana Impreso en México. DGinecología y obstetricia operatoria

Roberto Hernandez Sampieri, Carlos Fernandez Collado -Metodologia de la

investigación Cuarta edición Editorial Ultra S.A. de C.V. Mexico D.F 2006

Zamudio Pedraza Alfonso. Apuntes de Obstetricia en el periodo escolar
2007-
2008.