

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA
SEÑORA DE LA SALUD.**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO.

CLAVE 8722.



**TÉSIS
PARTO EUTÓCICO.**

**Para obtener el grado de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

**PRESENTA:
FUENTES GONZÁLEZ ESPERANZA ESMERALDA.**

MORELIA, MICHOACÁN, SEPTIEMBRE DE 2007.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

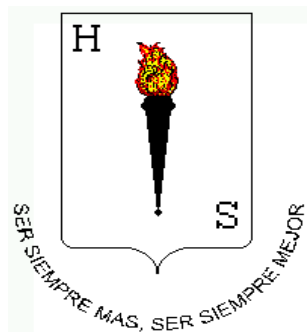
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA
SEÑORA DE LA SALUD.**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO.

CLAVE 8722.



**TÉSIS
PARTO EUTÓCICO.**

**Para obtener el grado de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

**PRESENTA:
FUENTES GONZÁLEZ ESPERANZA ESMERALDA.**

MORELIA, MICHOACÁN, SEPTIEMBRE DE 2007.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios.

A mi familia sanguínea por su apoyo moral.

A mi familia moral:

Tutora y amiga Pedagoga Martha Isabel Ramírez Suárez.

Al **Dr. Efraín Huerta Huape** por ser una persona moral e intelectualmente digna de imitar, por compartir conmigo sus amplios conocimientos sobre medicina, y **a todo el personal administrativo y académico** que colaboró en mi formación profesional.

DEDICATORIA.

A mi tutora Martha Isabel Ramírez Suárez por creer en mí y lanzarme a conquistar horizontes en el terreno profesional y por supuesto por amar mi esencia.

TABLA DE CONTENIDO.

Portada	i
Portadilla	ii
Agradecimientos.....	iii
Dedicatoria	iv
Tabla de contenido	v
Resumen general	vii
Índice de tablas	viii
Índice de fórmulas	ix

Capítulo I. Construcción del Objeto.

1.1.-Introducción	2
1.2.- Antecedentes	2
1.3.- Objetivos	6
1.3.1.-Objetivo general	7
1.3.2.-Objetivos particulares	7
1.3.2.-Objetivo específico	7
1.4.- Planteamiento del problema	8
1.4.1.- Pregunta de investigación	8
1.5.- Hipótesis	9
1.5.1.- Operacionalización de variables	9
1.6.- Justificación del estudio.....	10
1.7.- Viabilidad.....	11
1.7.1.- Limitaciones del estudio	11

Capítulo II. Marco Teórico.

2.1.- Marco teórico.....	13
2.1.1.- Marco teórico referencial científico	13
2.1.2.- Teoría	14
2.1.3.- Funciones de la teoría.	14
2.2.- El embarazo	15
2.3.- Tipos o clasificaciones del embarazo	18
2.4.- Atención prenatal	19
2.5.- Historia clínica obstétrica.....	23
A) Interrogatorio.....	24
B).- Exploración física.....	25
C).- Impresión diagnóstica.....	28
D).- Pronóstico.....	28

2.6.- La pelvis.....	29
2.7.- Presentación	31
2.8.- Las contracciones uterinas	32
2.9.- ¿Qué es el parto?.....	34
2.10.- Mecanismo del parto	36
2.11.- Algunas posiciones utilizadas durante el parto	40
2.12.- Atención del parto fisiológico.	41
2.13.- Episiotomía.....	45
2.14.- El parto por inducción.....	48
2.15.-Oxitocina	48

Capítulo III. Proceso metodológico.

3.1.- Metodología.....	50
3.1.1.- Tipos de métodos	50
3.1.2.- Métodos particulares y específicos.....	52
3.2.- Enfoque de la investigación.....	53
3.3.- Tipo de investigación.....	53
3.3.1.- Diseño de la investigación	54
3.4.- Unidad de análisis	54
3.5.- Instrumentos de recolección de información.....	55
3.6.- Procedimiento	60

Capítulo IV. Tratamiento de datos.

4.1.- Gráficas.....	62
4.2.- Instrumento primario de investigación (puérperas)	63
4.3.- Instrumento secundario de investigación (enfermeras) ..	85
4.4.- Instrumento terciario de investigación (ginecólogos)	95

Capítulo V. Conclusiones.

5.1.- Conclusiones.....	105
5.2.- Sugerencias	107
5.3.- Líneas de investigación	107

Bibliografía.

Bibliografía citada	109
---------------------------	-----

Anexos	113
--------------	-----

RESUMEN GENERAL.

La anatomía humana no mostrados cambios significativos desde el hombre de cromagnon hasta nuestros días, lo que si ha variado es el concepto y el estudio de la misma, el evento del parto ha tenido modificaciones en cuanto a la atención de la mujer dependiendo de la posición del producto de la concepción, llevando con anterioridad un seguimiento del embarazo conocido como control prenatal, este nos aporta datos importantes sobre la mejor manera en que se puede obtener el producto con el menor número de complicaciones posibles, en este caso se hablará sobre el parto eutócico, iniciando con una breve introducción de los aspectos históricos, mencionando los objetivos de la investigación, variables, marco teórico el cual se obtuvo de escudriñar más de cuarenta fuentes de información, de la observación y el contacto con pacientes en edad reproductiva, gestantes y puérperas que fueron atendidas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en el periodo del 01 de Enero al 15 de Abril del año 2008, en seguida se realizó el tratamiento de los datos obtenidos por medio del método cuantitativo y la escala likert, con la aplicación de instrumentos (cuestionarios con preguntas cerradas) clasificados como instrumento primario, secundario y terciario, tomando en cuenta un universo de 70 pacientes, obteniendo una muestra de 18 pacientes, realizando un piloteo con cuatro pacientes sin tocar la muestra “fina”, logrando un nivel de confianza de 95%, tomando como margen de error 20%, al final se encuentra la conclusión, algunas sugerencias, líneas de investigación que este trabajo generó, así mismo la bibliografía citada y anexos.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla número 1. Definición de variables.	
Variables	
<p><u>X</u> <u>Diagnóstico clínico.</u></p> <p>X₁ Embarazo.</p> <p>-Tipos de embarazos.</p> <p>X₂ Control prenatal.</p> <p>X₃ Historia clínica obstétrica completa.</p> <p>X₄ Estudios de laboratorio.</p>	<p><u>Y</u> <u>Parto eutócico.</u></p> <p>Y₁ Tipos de pelvis.</p> <p>Y₂ Presentación del producto.</p> <p>Y₃ Contracciones.</p> <p>Y₄ El parto.</p> <p>Y₅ Episiotomía.</p> <p>Y₆ Oxitocina.</p>

ÍNDICE DE FÓRMULAS.

Fórmula 1 para obtener el tamaño de la muestra

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

$$Ne^2 + Z^2 pq$$

Fórmula 2 para obtener la muestra aritmética.

$$X = \frac{x + x^2 + x^3 + \dots + xn}{n}$$

$$n$$

Fórmula 3 para localizar la frecuencia del intervalo.

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

$$n$$

Parto eutócico.

CAPITULO I

Construcción del objeto.

Parto eutócico.

1.1.- INTRODUCCIÓN.

El embarazo es una de las maravillas que Dios le dio al hombre, comienza con la unión del ovulo y el espermatozoide desde allí comienza el milagro de una nueva vida.

Como universo de estudio se toma el Hospital de Nuestra Señora de la Salud siendo el lugar donde se realizan las prácticas de enfermería.

Se tiene como interés el de conocer la evolución del embarazo como control prenatal y llevando un seguimiento hasta el momento del parto.

1.2.- ANTECEDENTES.

Las costumbres de los primitivos habitantes del mundo que descubrió Colon se conocen a través de los cronistas de la conquista. Muchos de ellos fueron testigos de excepción, pues de manera directa se dieron cuenta de cómo vivían los naturales americanos; otros escribieron sus relatos alimentados por noticias que les suministraban descendientes directos de aquellos; finalmente, la transmisión oral y la perpetuación de costumbres - la tradición – permitieron a algunos, siglos después, conjeturar acerca de lo que ocurría antes que se sintiera la influencia de la civilización extranjera.

Parto eutócico.

Refiere el cronista Fray Bernardino de Sahagún que entre los aztecas el matrimonio ocurría a edad temprana, entre los 14 y los 16 años. Los asuntos que tenían que ver con la reproducción eran atendidos por mujeres conocidas como *tlatmatqui ticitl*, o *comadronas* también existían hombres *Neconeticitl* que atendían parturientas y mujeres enfermas. A la embarazada se le prodigaba una cuidadosa atención a manos de la *ticitl*, dichos cuidados se acrecentaban en los últimos tres meses del embarazo. La gestante, particularmente la primigesta (*ichpuchpihua*), y se le daban consejos sobre ejercicios y alimentación. Al final del embarazo la comadrona practicaba una palpación abdominal y, si era el caso, ejecutaba la versión del feto mediante maniobras externas. La *ticitl* se trasladaba a la casa de la futura madre con antelación al parto para preparar ella misma los alimentos. Durante el trabajo de parto la mujer bebía una poción de raíz de *chihuapatli*, contiene ericomina, una sustancia oxitócica. La posición habitual para la expulsión fetal era en “cuchillas” (sic). Sahagún afirma que las comadronas estaban capacitadas para ejecutar embriotomías en caso de feto muerto. Cuando había retención de placenta practicaban la extracción manual.

Es bueno añadir que los Aztecas veneraban algunas deidades relacionadas con el proceso de la reproducción, así: *Xoxhiquetzal* de la fertilidad; Cihuacoatl, de las parturientas primerizas; Tlazolteotl, del parto y del amor; Metacueyey, del

Parto eutócico.

puerperio. Las costumbres entre los mayas no difieren mucho de las que atrás se han descrito de los Aztecas.

Como costumbre digna de mención conozcamos la forma de cómo celebraban el nacimiento de los hijos: apenas nacida la criatura se sacrificaba un pavo. El baño se llevaba a cabo en algún río o fuente, donde hacían oblaiones del copal y sacrificios de papagayos. “El cordón umbilical se cortaba sobre una mazorca de maíz y con un cuchillo nuevo, el cual se arrojaba inmediatamente al río. Sembraban el grano de aquella mazorca y lo cuidaban con el mayor esmero, como cosa sagrada. La cosecha que de él provenía se dividía en tres partes, una para el divino, otra para que sirviera de alimento al niño y guardaban la tercera para que este la sembrase cuando estuviera en edad de hacerlo”.

Los Incas en la parte central de América del Sur conocida con el nombre de Alto Perú floreció la cultura incaica, comparable a las culturas Azteca y Maya.

Durante el embarazo la mujer debía reducir su actividad laboral, ayunar con frecuencia y privarse de algunos alimentos, especialmente la sal. Se invocaba a Pacha mama, es decir, la luna, para que el parto tuviera una feliz culminación.

En la era prehispánica los médicos chibchas o muiscas eran sus mismos sacerdotes, *ogques* y *xeques* o *jeques* por los españoles. No hay constancia que

Parto eutócico.

se apelara a sus servicios por cuestiones obstétricas. Tampoco había parteras, oficio que trajeron más tarde las mujeres españolas que pasaron a la posteridad con el apelativo de “comadres sabias”.

Nemqueteba o Sugamonxe era una especie de patrono de las embarazadas, pues estas iban hasta “Iza”, pueblo donde cuentan que se lo vio por última vez, para raspar una piedra que creían que conservaba las huellas de sus pies; luego bebían ese polvo mezclado con agua, esperanzadas de que así lograrían un buen parto. También, y con el mismo fin, ofrendaban sus “*cintillas*” y figuras de oro al arco iris, al cual llamaban “*Cuchavira*”.

En el momento supremo de la gestación huían de la gente y se escondían muy cerca de los ríos o de las lagunas para dar a luz en sus orillas. Después se sumergían en el agua y se lavaban con su hijo recién nacido.

En 1801 Mutis se refiere a Vidal y Rojas como primera referencia histórica de la participación de un cirujano en intervenciones de orden obstétrico.

Es importante mencionar que en la era independiente la facultad médica del distrito universitario del Magdalena, fundada en Cartagena en 1830 otorgaba el título de “cirujano partero”.

En el siglo XVII: la aparición de los parteros.

Parto eutócico.

Los médicos generales atendían, en muy contadas ocasiones, los casos de parto, pero para finales del siglo XVII, se puso de moda en algunas partes de Europa que los asistentes en el parto fueran hombres.

En 1626 Peter Chamberlen atendió a la reina Enriqueta María en un aborto espontáneo, y en 1629 Chamberlen fue el responsable de recibir a un niño de la futura Reina Ana.

La familia Chamberlen había inventado, en 1647, un fórceps “curvado y fenestrado”, novedad que fue guardada celosamente como secreto de familia. Otro de los famosos obstetras de aquella época fue François Mauriceau (1673-1709), cuyo tratado sobre su especialidad fue un clásico por muchos años. La obstetricia masculina se hallaba muy adelantada en Francia cuando una de las amantes de Luis XIV fue atendida por un partero.

1.3.- OBJETIVOS.

Los objetivos de investigación tienen la finalidad de señalar a lo que se aspira en la investigación y deben expresarse con claridad, pues son las guías del estudio.

Para evitar posibles desviaciones en el proceso de investigación cuantitativa y ser susceptibles de alcanzarse; son las guías de estudio y hay que tenerlos presentes durante todo el desarrollo.

1.3.1.- Objetivo general:

Conocer sobre el parto vaginal eutócico.

1.3.2.- Objetivos particulares

Conocer que es el parto

Conocer en que presentaciones puede venir acomodado el feto en la pelvis materna.

Investigar algunas formas de la atención de partos.

Conocer en que consiste el control prenatal.

Conocer como se realiza un diagnóstico acertado del tipo de parto que se llevará a cabo llegando el final de la gestación.

Conocer sobre la episiotomía.

Conocer cual es el mecanismo del trabajo de parto.

1.3.3.- Objetivo específico.

Conocer sobre:

Medicamentos más utilizados durante el trabajo de parto

Posiciones mas utilizadas durante el transparto.

1.4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Desde la antigüedad la paridad ha estado con el hombre unida a su propia existencia. Las diferentes culturas han tenido clara la importancia del buen nacer de sus descendientes y el cuidado necesario de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, estas etapas las han atendido diferentes personajes y personas como fueron los Chamanes, las Comadronas, las Churicas, cirujanos parteros, y en la actualidad gineco-obstetras y Licenciadas en enfermería. Las épocas han cambiado, las ideas nuevas emergen y con ello los adelantos científicos y tecnológicos creados por la misma necesidad que trae consigo el constante cambio, y, la atención del parto se realiza desde el momento de la concepción con un control prenatal, una historia clínica obstétrica completa, con ayuda de pruebas de laboratorio y gabinete, nuevos procedimientos, medicamentos todo con la finalidad de facilitar el parto buscando cada día mayor bienestar para la mujer y el recién nacido, evitando en lo posible la mortalidad materna y neonatal.

1.4.1.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

En toda investigación se necesitan interrogatorios para dar pauta al desarrollo del objeto de estudio y detectar la obtención del producto de la concepción

¿Cómo se detecta que el producto de la concepción será obtenido mediante parto eutócico?

1.5.- HIPOTESIS.

La hipótesis se presenta como la proposición de respuesta a la pregunta inicial, como respuesta tentativa a la pregunta de investigación y debe ser clara y precisa.

Y en este caso la hipótesis es la siguiente:

Se detectará que el producto de la concepción será obtenido mediante parto eutócico con la realización del control prenatal, historia clínica obstétrica completa, y la ayuda de estudios de laboratorio y gabinete.

1.5.1. – OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Una variable es una propiedad que puede variar, es susceptible de medirse, estos nos limitaran para nuestro estudio y ampliar el conocimiento.

Generalmente la variable independiente será el sujeto de la hipótesis y la variable independiente uno de sus atributos. En el caso que nos ocupa la variable independiente será el sujeto de la hipótesis y la variable dependiente uno de sus atributos.

Para formular la siguiente investigación a través de símbolos como de la presente investigación se presenta que:

$$X=Y$$

Parto eutócico.

Variable X:

- Diagnostico clínico.

Se define como un proceso mediante el cual se reúne la información necesaria para la planeación y buen control del embarazo, con información específica de la madre.

Variable Y:

- Parto eutócico.

Se define como parto normal con un feto en presentación cefálica con variedad de vértice que culmina sin necesidad de utilización de maniobras especiales. Es cuando los factores que intervienen en el mecanismo de trabajo de parto interactúan en una forma adecuada.

1.6.- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

El parto eutócico es aquel en el que no representa ningún riesgo ni para el producto ni para la madre y que la enfermera obstetra podrá atender de forma independiente.

Se determinarán intervenciones para mejorar la atención prenatal y durante el parto eutócico. Por lo que la presente investigación pretende identificar los factores principales del parto eutócico en el H.N.S.S.

1.7. VIABILIDAD.

Para la realización de un estudio en cuanto a los recursos disponibles se cuenta la facilitación del contacto con el personal de salud dentro del ambiente clínico del H.N.S.S.

Se cuentan con elementos como son los pacientes que acuden a consulta de esta institución, se dispone de especialistas en el tema de la ginecología así como el personal capacitado quien puede apoyar durante estos procedimientos proporcionando al binomio: madre e hijo el mayor bienestar perinatal, por ello la necesidad de investigar sobre este tema.

1.7.1.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Los gastos de la presente investigación corren a cargo del investigador, en cuanto a los recursos humanos se cuenta con el apoyo del personal medico y de enfermería aunada a la información de libros, revistas, artículos científicos y referencias personales.

Por otra parte se encuentra limitado por la falta de tiempo para la investigación de campo ya que hay posibilidad de no encontrarse en el área requerida para la investigación.

Parto eutócico.

CAPITULO II

Marco teórico

2.1.- MARCO TEÓRICO.

Es un compendio escrito de artículos, libros y otros documentos que describen el estado pasado y actual del conocimiento sobre el problema de estudio, nos ayuda a documentar cómo nuestra investigación agrega valor a la literatura existente. Una vez que ya se ha planteado el problema(se han establecido los objetivos y preguntas de investigación); se ha evaluado su relevancia y factibilidad. Es un punto de referencia evitando desviaciones del planteamiento original y a evitar errores que se han cometido en otros estudios. (Hernández Sampieri, 1991)

2.1.1.- MARCO TEÓRICO REFERENCIAL CIENTÍFICO.

Es el conjunto de conocimientos y experiencias previas relacionadas con todo tipo específico de problema que poseen o han sido acumulados y sistematizados por todos los investigadores, científicos y estudiosos de la humanidad y que se encuentran registrados en libros, informes de investigación científicas, publicaciones especializadas, etc.

El marco teórico referencial científico aparece en una tesis o informe de investigación científica solo como “**marco teórico**”

2.1.2.- TEORÍA.

La teoría se define como un sistema de un saber generalizado, explicación sistemática de determinados aspectos de la realidad. El termino teoría posee diversos significaciones: como contraposición a la practica o la hipótesis. La teoría es distinta a de la practica, pues construye un reflejo y una reproducción mental, ideal de la verdadera realidad. Por otra parte se halla indisolublemente ligada a la practica que plantea el conocimiento problemas y exige una solución de ahí que la practica entre en calidad de elemento orgánico de toda teoría.

La teoría esta estructurada sistemáticamente por conceptos y proposiciones, estas ultimas en forma de hipótesis, leyes y principios.

La teoría es el primer intento de explicación racional y lógica de los hechos, es decir la teoría no puede ser una especulación de las ideas. No siempre toda teoría es necesariamente verdadera y si lo fuera esta debe ser sometida a prueba o verificación.

2.1.3.- FUNCIONES DE LA TEORÍA.

- ❖ La función más importante de la teoría es explicar: *por qué, cómo y cuándo* ocurre un fenómeno. Una teoría puede tener mayor o menor perspectiva.

Parto eutócico.

- ❖ *Consistencia lógica* una teoría debes ser lógicamente consistente, es decir, las proposiciones que la integran deberán estar interrelacionadas, ser mutuamente excluyentes y no caer en contradicciones internas o incoherentes.
- ❖ Es útil para por que describe, explica y predice el fenómeno o hecho al que se refiere, además q de que organiza en conocimiento al respecto y orienta la investigación que se lleve a cabo del fenómeno.

Todas las teorías aportan conocimiento y en ocasiones ven el fenómeno que estudian desde distintos ángulos. Pero algunos se encuentran mas desarrolladas que otras y cumplen mejor con su función.

2.2.- EL EMBARAZO.

Comienza cuando óvulo y espermatozoide se unen en la trompa de Falopio. El huevo formado se traslada al útero para continuar su desarrollo hasta que el feto adquiere su capacidad para vivir en el exterior.

Durante el acto sexual, los espermatozoides son depositados en el fondo de saco vaginal posterior, luego se introducen en el cérvix en donde reciben la acción de la acetilcolinesterasa del moco cervical para poder penetrar al óvulo en el momento de la fecundación.

Parto eutócico.

El óvulo se desarrolla del ovocito o célula central dentro del folículo primordial, al mismo tiempo que este madura y terminan simultáneamente su maduración, se observa que el óvulo maduro contiene la cuarta parte de la cromatina primitiva y la mitad de los cromosomas, tiene una viabilidad de 24 a 48 horas, posteriormente a la ovulación, el óvulo penetra a la trompa de Falopio.

La fecundación se realiza en el tercio medio externo de la trompa; varios espermatozoides rodean el óvulo y atraviesan la corona radiada, pero sólo uno de ellos penetra al óvulo por el llamado cono de atracción de Fol y aparentemente solo penetra la cabeza uniéndose los dos pronúcleos, masculino y femenino en el interior del mismo óvulo, que esta cargado de materiales nutritivos. A partir de este momento la célula recibe el nombre de huevo y emigra hacia el útero, recorre la trompa en un periodo de 7 días y cae en la cavidad uterina que tiene un endometrio óptimo, rico en materiales nutritivos, pues esta en plena fase progestacional. Poco después de la fusión de los dos pronúcleos, el huevo inicia la segmentación que origina al nuevo organismo.

El trofoblasto emite prolongaciones que originará las vellosidades coriales, la división celular en el huevo es por bipartición sucesiva.

Parto eutócico.

Ocho días después de la fecundación se inicia el desarrollo del embrión. A partir del nódulo embrionario se desarrollan el ectodermo y el endodermo separados del amnios por la cavidad amniótica. El endodermo es la capa más interna que se encuentra en contacto con el saco vitelino primitivo de donde se nutre el embrión.

La membrana exterior del huevo o sea el corion primitivo, emite pequeñas prolongaciones hacia el exterior, son las eminencias coriales que no tienen vasos en su interior y que están constituidas para una envoltura exterior ectodérmica y un estroma compacto, interior, mesodérmico. A las ocho semanas de embarazo ha desaparecido el extremo caudal fetal y se empiezan a notar las extremidades; aparecen los ojos y los oídos. La longitud es de 29 mm. Y se inicia la vida fetal.

Al tercer mes del embarazo, la cabeza es el segmento más grande del feto, pero al quinto mes ya solo es la tercera parte de su longitud total y a los nueve meses es la cuarta parte de la longitud total.

El feto a término tiene aproximadamente una longitud de 50 cm. Y un peso de 3 kg., su esqueleto esta bien desarrollado, piel de color rosado, la cara llena y satisfecha, de su cuerpo se ha desprendido casi todo el vermix caseoso y el lanugo.

Su cabello mide 2 cm. de longitud, con la línea de separación bien marcada entre frente y epicraneo. Las uñas ya rebasan el extremo de los dedos y a nivel genital, los testículos ya han descendido a las bolsas escrotales y los labios mayores vulvares en la niña ya cubren los labios menores. Siendo estas algunas de las características del feto a término.(J.A. Usandizaga P. de la Fuente 1997; Félix Ramírez Alonso, 2002).

2.3.- TIPOS O CLASIFICACIONES DEL EMBARAZO.

Entre los cuales se encuentran: El embarazo normal, el embarazo ectópico, embarazo múltiple, embarazo prolongado, embarazo de alto riesgo.

El embarazo ectópico es el resultado de la anidación y el desarrollo de un óvulo fecundado en cualquier parte que no sea la cavidad uterina. Partiendo de esta definición, el huevo fecundado puede anidar en la trompa de Falopio(lo más frecuente), en un cuerno uterino, en un ovario, en el canal cervical, e incluso en la cavidad abdominal.

El embarazo múltiple es el embarazo en el cual existe más de un feto en el útero al mismo tiempo.

El embarazo prolongado es el que dura más de 42 semanas de gestación.

Parto eutócico.

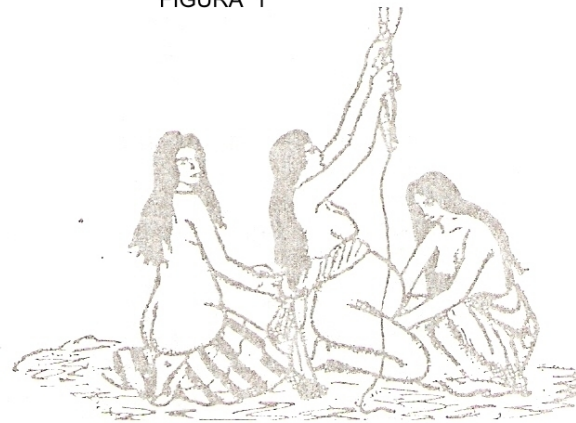
El embarazo de alto riesgo es aquella gestación, en la que la madre, el feto y el recién nacido, se encuentran en mayor grado de morbilidad o mortalidad antes o después del parto. (Mishell/ Kirschbaum/ Morrow.,1987; Mosbi pocket,2004).

2.4.- ATENCIÓN PRENATAL.

Para poder saber acerca del estado de salud del producto de la concepción y de la madre es muy importante llevar a cabo **la vigilancia prenatal** de la cual hay los siguientes antecedentes: La atención de la mujer embarazada entre los Aztecas que formaban la raza más civilizada de la altiplanicie, así como de otras culturas que existían en el país se encontraba en manos de mujeres, las cuales vigilaban los embarazos y asistían los partos y puerperios.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS NACIONALES DE LA VIGILANCIA PRENATAL

FIGURA 1



La Ticitl tenía un papel verdaderamente complejo, se encargaba de aconsejar y vigilar a la mujer durante la preñez, asistir el parto y el puerperio, dictaba las

Parto eutócico.

medidas más prudentes de orden higiénico y la grávida era protegida y vigilada y para ella exigía una vida tranquila y sosegada. Durante el último trimestre la partera o Ticitl, excedía sus cuidados y le hacía tomar con cierta frecuencia baños de vapor en el Temazcalli, que preparaba personalmente y antes de entrar a el efectuaba un rito religioso. Durante el baño practicaba a la grávida palpación abdominal con objeto de <<acomodar el feto>> y cuando era necesario, practicaba maniobras para lograr la versión externa.

Asistía después el parto y si se presentaba una distocia asumía el papel de cirujano. La partera o Ticitl ejercía un verdadero <<matriarcado obstétrico>>.

Nuestra civilización indígena, se adelantó a muchas épocas de nuestro país en lo referente a cuidados pre y posnatales y en el alto concepto que tenían de la función de la mujer en cuanto a la maternidad se refiere, teniendo como objetivo garantizar los rasgos esenciales de la estirpe, el fortalecimiento de la raza y cuidar de la madre, considerada como elemento importante en la organización familiar.

Con la llegada de los españoles y consumada la conquista de Anáhuac en Agosto de 1521 fue el principio de la desaparición de la partera nahoatlata, y a pesar de no existir datos fidedignos, es de suponer que los cuidados prenatales se tornaron deficientes y que la morbimortalidad materna aumento por el descuido, negligencia e ignorancia para difundir la experiencia acumulada por centurias y de

Parto eutócico.

esta manera educar a las personas que se dedicaban a atender a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

“Toda atención médica fluye a través de la relación entre médico y paciente y la palabra hablada es el recurso más importante en medicina. (Erick Cassell 1985).

En 1768 se fundó el Real Colegio de Cirugía, y para la obstetricia tuvo gran importancia, sin embargo poco se mencionaba de la atención prenatal.

En 1921 el Dr. Isidro Espinosa de los Reyes, en la sección de Eugenesia del primer Congreso Mexicano del Niño, propuso la fundación en la Ciudad de México, de clínicas de pre y postnatalidad y evitar hasta donde fuera posible la morbimortalidad tan elevada que presentaban las madres y los recién nacidos. A estas clínicas las denominó Centros de Higiene Infantil, calificándolas como instituciones que tienen por objeto dirigir la higiene prenatal y postnatal.

Es importante describir las funciones asignadas al médico encargado del servicio de higiene prenatal: dar consulta a las embarazadas que asisten por primera vez al centro así como las subsecuentes que por su naturaleza especial lo necesiten.

Parto eutócico.

En 1934 en el Hospital general de México se inauguró el pabellón número 30 que llevó el nombre de su benefactora Doña Dolores Sanz de Lavín, en dónde se impartía vigilancia prenatal y atención del parto y puerperio.

En 1944 se promulgó la ley del Seguro Social y desde sus inicios se marca claramente la atención y protección de la mujer embarazada.

El 10 de Mayo de 1948, inicia sus actividades la maternidad número 1 del IMSS. En el año de 1950 en el IMSS se presta <<consulta externa prenatal, destinada a la atención de las embarazadas hasta el octavo mes de gestación, después del cual se envían a la consulta externa prenatal de las maternidades>>.

La consulta prenatal ha demostrado la importancia primordial para disminuir los fallecimientos maternos.

La atención médica prenatal, un sistema de vigilancia periódica, sistemática y primordialmente clínica del estado grávido, con el apoyo de los recursos del laboratorio y gabinete.

La consulta prenatal, es el gran avance en la atención materna y de todos los medios conocidos el único realmente eficaz para anticiparse con cierta seguridad a sucesos imprevistos.

Parto eutócico.

El gran obstetra Pinard escribe: <<Es probable que desde el periodo más embrionario del arte obstétrico, la idea de aplicar las manos sobre el vientre de la mujer embarazada, a fin de sacar indicaciones relativas, sea al volumen, a la forma, a la situación del órgano gestador, sea a la presencia, a la actitud del producto de la concepción, ha tomado conocimiento en el espíritu de los parteros y a sido puesta en ejecución por ellos, sin embargo, ha sido necesario llegar Mercuris Scipio en 1601 para encontrar una explicación clara de la exploración externa>>.

2.5.- HISTORIA CLÍNICA OBSTÉTRICA.

Jamás se podrá vigilar correctamente un embarazo, si no se cuenta previamente con una **historia clínica obstétrica** bien elaborada, con secuencia lógica que logre conjuntar todos los datos que lleven al médico general o al especialista, a conocer el real estado físico, psíquico y social de la probable o segura gestante.

Depaul estudió la auscultación como medio diagnóstico en las presentaciones y posiciones.

Quien atienda a una mujer embarazada en forma integral, debe poseer amplios conocimientos de medicina interna, profundos en los diferentes aspectos de los cuidados y atención prenatal, natal y postnatal y suficiente preparación y práctica

Parto eutócico.

en cirugía ginecoobstétrica (sic). Un conocimiento amplio de la fisiología gestacional y la interpretación de estas adaptaciones vitales, será difícil el poder distinguir y valorar lo normal de lo anormal y se cometerán errores indeseables.

La historia clínica obstétrica es un documento legal que debe realizarse en cada paciente obstétrica, aunque cae en el campo médico, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe estar capacitada para realizar una historia clínica adecuada. Se divide en:

A).- Interrogatorio.

B).- Exploración física (Inspección, palpación, percusión, auscultación, exploración ginecológica o genital, pelvimetría radiológica y estudios complementarios).

C).- Impresión diagnóstica.

D).- Pronóstico.

A).- El interrogatorio esta compuesto de:

1.- Ficha de identificación: que contiene datos bien conocidos pero en obstetricia hay tres importantes que analizar y son la edad, la ocupación y el estado civil.

2.- Antecedentes gineco-obstétricos.

3.- Antecedentes familiares.

4.- Antecedentes personales.

5.- Padecimiento actual.

Parto eutócico.

B).- Exploración física:

La inspección:

Debe realizarse con luz suficiente y solicitando a la paciente que ella misma se descubra la región que se trata de observar, se hace del modo más discreto para captarse la confianza de la mujer y comprende la inspección general, la cual muestra los datos que se recogen de una mirada y sin detallar regiones como por ejemplo edad aparente, actitud, obesidad, delgadez, prominencia abdominal, aseo, etc. La inspección regional se realiza en cabeza y cara, cuello, mamas, abdomen, aparato genital y ano. La inspección dinámica: la marcha.

La palpación:

Este procedimiento se efectúa con todo orden. Se comienza por la cabeza y se termina con los miembros inferiores: cara, cuello, tórax, abdomen, miembros inferiores.

La percusión:

Método que no tiene utilización práctica en propedéutica obstétrica.

La auscultación:

Es la acción de escuchar los sonidos internos del cuerpo, para realizar este valioso procedimiento, la paciente debe estar colocada en decúbito dorsal,

Parto eutócico.

abdomen descubierto, miembros inferiores extendidos y los superiores a lo largo del cuerpo. Se pueden realizar con estetoscopio de Pinard, el de Lee Hillis o el de Left o el sistema Doppler.

Exploración ginecológica:

Este procedimiento tiene especial importancia, por el buen número de signos que se obtienen directamente y que manifiestan las modificaciones que el embarazo imprime, a las diferentes áreas del aparato genital.

Debe practicarse, respetando en todo lo posible el pudor de la mujer y siempre de preferencia en presencia de una enfermera o de un familiar. La paciente en posición ginecológica, se inicia la exploración colocando en la mano elegida, un guante estéril y sobre los dedos índice y medio una cantidad adecuada de lubricante y no hay que olvidar la preparación psicológica de la paciente.

La pelvimetría radiológica:

Es el proceso de determinar las dimensiones del canal óseo del parto, la pelvimetría se efectúa de la semana 38 en adelante y es un procedimiento que orienta lo suficiente para conocer la relación céfalo pélvica y pélvico cefálica; y por lo tanto coadyuva a establecer un pronóstico sobre la facilidad, dificultad o imposibilidad de atender el parto por vía vaginal; además indica con oportunidad la pelvicefalometría radiológica, que aunque es estática, confirma o pone en duda

Parto eutócico.

datos normales o anormales, entre la relación de la presentación cefálica, con los diferentes diámetros útiles del estrecho superior, medio o inferior de la pelvis.

Apuntes profesor de obstetricia Ginecólogo Alfonso Zamudio Pedraza.

Estudios complementarios:

Los estudios de laboratorio y gabinete están condicionados a los hallazgos encontrados durante la realización de los diferentes métodos propedéuticos citados, los exámenes de laboratorio clínico que el médico solicita son diversos y se pueden agrupar y catalogar en tres grupos los básicos de rutina, que se deben ordenar a toda mujer con embarazo y son biometría hemática, general de orina, grupo sanguíneo y factor Rh, reacción serológica para la sífilis y glucosa en sangre. (J. Roberto Ahued Ahued...,2003)

En la última consulta se realiza tacto vaginal para conocer las características del cérvix; si esta maduro (corto, blando, central y permeable a dos dedos) y la presentación esta a nivel o rebasa el primer plano, se envía al hospital, sobre todo si hay antecedentes de partos rápidos. De no estar maduro, se le indica que debe asistir al hospital o avisar a su médico al presentar algunos de los aspectos que se citan a continuación:

1.- Rebasar el límite máximo de la fecha fijada por el médico, para presentar el parto.

Parto eutócico.

- 2.- Disminución muy clara de los movimientos fetales o desaparición.
- 3.- Mostrar pérdida continua de líquido, generalmente claro, por vagina.
- 4.- Iniciar contracciones con las características que ya le fueron explicadas, especialmente el de ser progresivas, en intensidad, duración y frecuencia de una a tres en diez minutos.

C).- Impresión diagnóstica:

Es un diagnóstico descriptivo del problema de la paciente, el motivo de su consulta. Ejemplo: Paciente primigesta con embarazo de 40 semanas de gestación por amenorrea y clínicamente en trabajo de parto, fase activa, complicado con pre-eclampsia leve.

D).- Pronóstico:

Se realiza al binomio y es un pronóstico para la vida y para la función.

Los descubrimientos no han parado y siguen sorprendiendo, la evolución transcurre en lentísimos procesos mediante variaciones genéticas insignificantes.

La más mínima ventaja determina la sobrevivencia propia o de la descendencia.

También el hombre ha evolucionado con esta ley. Escribió Darwin en el origen del hombre que hombre y mono tienen antepasados comunes. En 1974 el

antropólogo americano Donald Johanson y sus colaboradores descubrieron en la región etíope de Hadar un esqueleto de "Lucy", una adolescente clasificada

Parto eutócico.

dentro de la especie *Australopithecus afarensis*, que vivió hace tres millones de años en el continente africano. Lucy y los miembros de su especie eran radicalmente diferentes a cualquier otra especie viviente. Tenían un cerebro pequeño, algo mayor que una pelota de tenis, de unos 400 gramos de peso en los adultos, semejante al tamaño del de los chimpancés, mientras que los humanos poseemos un cerebro más de tres veces mayor. Sin embargo Lucy era bípeda al igual que los humanos actuales, en vez de andar a cuatro patas, tal como lo hacía el resto de los primates.

Charles Darwin (1809-1882) es el fundador de la teoría moderna de la evolución, hijo y nieto de médicos, empezó a estudiar medicina en la Universidad de Cambridge, donde no fue un alumno excepcional, pero quedó muy interesado por todo lo que guardaba relación con la historia natural.

Se han visto numerosos cambios morfológicos, bioquímicos y conductuales que ocurrieron durante el proceso de evolución humana, además del aludido aumento del cerebro. Entre ellos el incremento de promedio de estatura de unos 120 a 170 cm., la transfiguración de la pelvis.

2.6.- LA PELVIS.

La pélvis ósea se compone de cuatro huesos: los dos iliacos o coxales, el sacro y el coxis. Si se revisa la pelvis de atrás hacia adelante, se encuentra en el

Parto eutócico.

centro al sacro y se observa que esta formado por cinco vértebras, la primera de las cuales se articula con la quinta vértebra lumbar y forma con ella una prominencia llamada promontorio. El coxis, porción más inferior de la columna vertebral esta formado por vértebras atrofiadas, su articulación con el sacro es poco móvil, pero adquiere movilidad en el parto, lo que es importante en el periodo expulsivo; esto mismo ocurre en la sínfisis púbica, articulación 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 gestación. La pelvis ósea se divide en pelvis menor y pelvis mayor; la pelvis menor es más importante, porque va a constituir huesos iliacos y por el sacro, y para su estudio se divide en estrecho superior, estrecho medio y estrecho inferior.

La pelvis humana tiene cuatro formas reconocidas que se pueden valorar radiológicamente y son ginecoide, androide, antropoide y platipeloide, de las cuales la pelvis ginecoide es la típica de la mujer, útil para el parto y tiene forma de manzana.

La pelvis platipeloide es plana en forma de plato, no es útil para el parto aunque pudiera tener lugar un parto con un producto de menos de 2,500 Kg. (Jochen Becher, 1998)

2.7.- LA PRESENTACION

Es la parte del producto que se aboca o tiende a abocarse al estrecho superior de la pelvis materna, que es capaz de llenarlo totalmente y que sigue durante el parto un mecanismo de evolución especial. De acuerdo con esto existen tres tipos de presentación: presentación cefálica, presentación pélvica o podálica, presentación transversa o de hombro; y más aún, cada presentación tiene diferentes variedades.

Posición cefálica:

El hecho de que un niño venga con presentación cefálica no significa que este en buena presentación ya que el feto debe nacer con el occipucio por delante. Existen patologías en esta presentación que son la presentación de cara, de frente y presentación de mentón. La presentación de occipucio se presenta en más de un 90% de los niños con presentaciones cefálicas y el otro 10% corresponde a las de cara, frente y mentón.

Presentación pélvica: (completa, incompleta o podálica, pélvica franca de nalgas).

Presentación pélvica completa, Es cuando el bebé viene en presentación pélvica pero con los pies o extremidades pélvicas flexionadas

Presentación pélvica incompleta también llamada podálica o de pies, el bebé presenta los pies por delante.

Parto eutócico.

Presentación franca de nalgas, Es cuando el bebé viene en posición pélvica pero con los pies desflexionados o estirados, se le conoce como la posición del clavadista.

En general las presentaciones pélvicas son atendidas por parto abdominal o cesárea, ya que por vía vaginal lleva muchos riesgos sobre todo fetales.

Presentación de hombro: Esta presentación se da cuando el niño esta en situación transversa o atravesado y es común que saque la mano del bebé, esta presentación es muy riesgosa y no se debe hacer el intento de atenderse por vía vaginal, lleva muchos riesgos sobre todo fetales. Debe realizarse de inmediato cesárea.

El diagnóstico de presentación se hace por palpación abdominal, auscultación y tacto vaginal, al igual que el diagnóstico de la altura de la presentación.

Cuando se habla de la altura de la presentación, se refiere al grado de penetración que la presentación ha tenido en la pelvis menor de la madre.

2.8.- LAS CONTRACCIONES UTERINAS.

Forman parte de los fenómenos activos del trabajo de parto, las contracciones del músculo uterino suministran la fuerza que borra y dilata el cuello de la matriz y

Parto eutócico.

expulsa el feto y la placenta; y las maniobras de Valsalva cooperan en la expulsión del feto.

Durante el embarazo se presentan dos tipos de contracciones: las de tipo A que son de poca intensidad de 2 a 4 mmHg. Y las de tipo B: de Braxton Hicks que tienen intensidad mayor. Inicialmente tienen una frecuencia muy baja, que va aumentando a medida que el embarazo progresa, llegando a presentarse una contracción por hora, alrededor de la semana 30 de gestación.

En el preparto: Después de la semana 30, se produce un aumento gradual de la intensidad y frecuencia de las contracciones de Braxton Hicks, las que invaden áreas progresivamente mayores del útero. La frecuencia puede ser hasta de una contracción cada 30 minutos, y la intensidad puede elevarse hasta 20 a 30 mmHg. En esta etapa, las contracciones uterinas ocasionan la maduración progresiva del cérvix.

En el inicio del trabajo de parto: Realmente no existe un límite neto entre preparto y parto, sino una transición gradual y progresiva, tanto en las características de las contracciones uterinas, como en los cambios que presentan el segmento inferior y el cuello uterino. Convencionalmente se acepta que el parto comienza cuando la dilatación cervical progresa por encima de los 2 cm.. Las ----

Parto eutócico.

contracciones tienen una intensidad promedio de 28mmHg y la frecuencia es de tres contracciones en 10 minutos(Instituto Politécnico Nacional. 1995).

El periodo expulsivo: Después de la dilatación completa las contracciones uterinas producen el descenso y causan el parto del feto con la ayuda de los esfuerzos de pujo de la mujer, con una frecuencia de cinco contracciones en 10 minutos. Siendo esta la actividad más alta que se registra durante el embarazo y el parto normales. Después del parto, la actividad uterina continúa, las contracciones uterinas tienen la misma intensidad y frecuencia, pero no son dolorosas. Con objeto de expulsar la placenta.

En el postparto inmediato, las contracciones uterinas disminuyen en frecuencia, intensidad y duración y tienen por objeto ayudar a expulsar coágulos y loquios.

2.9.- ¿QUE ES EL PARTO?.

Su raíz viene del latín “partus”. Se define como el proceso mediante el cual el producto de la concepción y sus anexos son expulsados del organismo materno a través de las vías genitales; se admite como parto cuando la paciente cuenta con un embarazo mayor de 20 semanas y el feto un peso mayor a los 500 gramos.

Parto eutócico.

Es menester conocer la denominación de eutocia que proviene de “eu” (bueno) y del griego “tokos”(parto), y se define como parto normal, con un feto en presentación cefálica con variedad de vértice que culmina sin necesidad de utilización de maniobras especiales. Es cuando los factores que intervienen en el mecanismo del trabajo de parto interactúan en una forma adecuada. (Dr. José Manuel Septien González, 1997)

El trabajo de parto se divide en tres periodos.

1.- Dilatación: se inicia con la actividad uterina y termina con la dilatación completa que son 10 cm., se divide en dos fases:

a).- Fase latente: 0 – 4 cm. de dilatación.

En la primigesta dura hasta 18 horas.

En la multigesta dura hasta 8 horas o menos.

b).- Fase activa: 4 – 10 cm. de dilatación.

En la primigesta 1cm./hr.

En la multigesta 1.5. – 2 cm./hr.

2.- Expulsión o expulsivo: comprende desde la dilatación completa, hasta el nacimiento del bebé, debe de durar una hora máximo cuando ya hay dilatación completa, tanto en primigestas como en multigestas.

3.- Alumbramiento: comprende desde el nacimiento del bebé hasta que sale o nace la placenta, debe durar máximo 30 minutos tanto en primigestas como en

Parto eutócico.

multigestas. (Apuntes Dr. Alfonso Zamudio Pedraza, 2008; Miguel Zamora Garza...,1995)

En las órdenes inferiores de primates, cuyas hembras tienen pelvis cilíndricas y la cabeza fetal es relativamente menor, el paso del feto por la pelvis suele ser sencillo.

En la mujer, por su posición erecta la pelvis se ha modificado. El conducto pélvico tiene distintos diámetros en diversos niveles y, en consecuencia, la cabeza fetal, grande y de difícil adaptación, siempre busca la manera más fácil de salir y se adapta a los diámetros de las distintas alturas de la pelvis; este proceso es el mecanismo de parto.

2.10- MECANISMO DEL PARTO.

El cual implica movimientos básicos que son: encajamiento(flexión, orientación, asinclitismo), descenso(rotación interna) y desprendimiento(descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa, expulsión). (Miguel Zamora Garza...,1995)

Un signo cardinal del trabajo de parto son las contracciones uterinas, no el dolor, las cuales tienen un triple gradiente y que llegan a producir modificaciones en el cuello uterino como es la dilatación y el borramiento lo cual permitirá la salida del feto y los productos de la concepción.

Parto eutócico.

Triple gradiente: es necesario para que las contracciones sean efectivas y se lleve a cabo el parto.

Frecuencia: menos de 3 en 10 minutos.

Intensidad: +++ - ++++.

Duración: 45 – 55 segundos cada contracción.

un trabajo de parto bien establecido es muy importante el triple gradiente, si falla uno de los tres componentes el trabajo de parto puede retardarse y traer consecuencias maternas y fetales.

Las contracciones son regularmente dolorosas pero su intensidad de dolor va a estar en relación directa con el estado emocional de la paciente y con su umbral de dolor.

Algunas pacientes son capaces de llevar su trabajo de parto con muy poco dolor y por el contrario hay pacientes muy sensibles que presentan dolor insoportable con apenas 2 ó 3 cm. de dilatación.

Encajamiento. Para poder encajarse la cabeza fetal, tiene que realizar tres movimientos:

Parto eutócico.

Flexión. Este movimiento sobre su eje longitudinal y se efectúa con el fin de reducir los diámetros antero posteriores de la cabeza fetal (que son los mayores) para poder encajarse.

Orientación. Recordando que en la pelvis materna, el diámetro mayor es el oblicuo (estrecho superior) y en la cabeza fetal el diámetro anteroposterior es el mayor de la cabeza, se orienta para que coincidan ambos diámetros mayores.

Rotación sobre su eje transversal. Por este movimiento la cabeza entra oblicuamente a la pelvis; en este caso la sutura sagital no está equidistante a las paredes laterales, cuando esto ocurre así, se denomina asinclitismo y su objeto es reducir los diámetros transversos de la cabeza fetal.

Descenso. Este se efectúa sin modificaciones, sin desplazamientos de la cabeza, llegando al piso perineal exactamente como se encajó; al llegar al piso pélvico se atora, en el caso de la presentación de vértice, posición y variedad de posición occipitoizquierda anterior, para colocar el diámetro mayor de la cabeza con el diámetro mayor de la pelvis, la cabeza fetal gira 45 grados para colocar el occipital por abajo del pubis a este movimiento de rotación se le llama rotación interna.

Desprendimiento. Se efectúa simplemente con un movimiento de extensión de la cabeza fetal; hasta este momento la cabeza ha permanecido en hiperflexión y para que salga al exterior lo único que falta es que se extienda. Finalmente ---

Parto eutócico.

cuando la cabeza sale efectúa otros dos movimientos de rotación para permitir la salida de partes blandas. El primero de estos movimientos de rotación se le conoce con el nombre de restitución y consiste en un giro de 45 grados en sentido inverso al que hizo en la rotación interna, “restituye” el giro hecho; al segundo movimiento se le llama rotación externa en el mismo sentido en que se ha hecho la restitución, agregando con esto otros 45 grados, y así la cabeza ha girado un total de 90 grados, después de haber salido; con esto se ha completado el parto de la cabeza.

Posteriormente se asistirá la “salida” del cuerpo; para ello se recurre a favorecer primero la salida del hombro anterior, haciendo discreta presión y tracción sobre el cuello del infante, y una vez logrado esto se hace la misma maniobra pero hacia arriba para favorecer la salida o liberación del hombro posterior; a continuación se dirige y asiste la salida del resto del cuerpo del producto y se procede,, previa liberación de secreciones en la nariz del producto, a pinzar y cortar el cordón umbilical, y al final del alumbramiento la reparación de episiotomía, si se le realizó, con revisión de todo el canal de parto.

El parto es un acontecimiento instintivo, llevado a cabo por nuestro cerebro mamífero, y en el que la participación de nuestra mente racional tiene un efecto contraproducente.

Parto eutócico.

Es una constante en todas las especies mamíferas que la parturienta necesita una atmósfera de intimidad y recogimiento, de seguridad física y emocional, que le permita entrar en el estado de conciencia especial propio del parto. Las primeras recomendaciones de la OMS no se refieren a los aspectos técnicos, sino emocionales y psicológicos: deben fomentarse una atención obstétrica crítica con la atención tecnológica al parto y respetuosa con los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del parto.

Decía Michel Odent que “es suficiente preguntar a una mujer su número de seguridad social para que el parto se interrumpa. La represión de la expresión de dolor durante el parto tiene la consecuencia de reprimir la evolución del parto mismo. Sumergirse y aceptar el dolor es condición necesaria para la producción de endorfinas, “opiáceos internos que amortiguan y modifican la percepción del dolor”.

2.11.- ALGUNAS POSICIONES UTILIZADAS EN EL MOMENTO DEL PARTO.

La posición tumbada para dilatar (enganchada al gotero y al monitor) y el potro obstétrico para el expulsivo pasarán a la historia como uno de los mayores y persistentes errores de la obstetricia.

Parto eutócico.

Numerosos estudios demuestran que la posición vertical favorece el parto y la horizontal la entorpece. En horizontal, el canal de parto se alarga y estrecha y el coxis se dirige hacia lo alto, convirtiéndose en una vía de paso más angosta para el bebé, y además cuesta arriba. En posición vertical la vagina se amplía y acorta, pero además la presión de la cabeza del bebé sobre el cuello uterino ejerce un efecto hormonal que estimula la producción de oxitocina, y por tanto la dilatación.

La mujer debe tener la libertad de dilatar y parir en la postura que más le convenga: en cuclillas, sentada en el taburete obstétrico, sobre sus extremidades, de lado, colgada de alguien, de pie... El instinto indica en todo momento cual es la postura idónea mediante un lenguaje infalible: la más cómoda es también la más fisiológica. Cuando la mujer está en posición vertical (cuclillas, en la mayoría de los casos, la placenta sale espontáneamente al canal de parto, arrastrando las membranas sin violencia: sin necesidad de maniobras extrañas.

La OMS recomienda una calidad de atención basada en el protagonismo de la mujer, y en su fisiología, y el mínimo grado de medicalización posible. (Isabel F. del Castillo, 2006).

2.12.- ATENCIÓN DEL PARTO FISIOLÓGICO.

En la actualidad se proporciona de ser posible en un hospital. Durante el embarazo, en el control prenatal, la paciente debe recibir una adecuada

Parto eutócico.

preparación psicológica que le permita un comportamiento favorable en el parto. La L.E.O. o el médico tendrá que ganarse la confianza de la embarazada y explicarle en fáciles palabras, las características de la gestación y lo que sucederá durante el trabajo de parto y en el periodo expulsivo. Cuando la paciente vaya comprobando que efectivamente las cosas son como le fue explicado con anterioridad, irá creciendo su confianza y cooperará más efectivamente en el manejo de su parto y, por tanto, los resultados serán más favorables.

Durante la atención hospitalaria se debe pugnar porque siempre sea en un ambiente adecuado, se deben seguir normas ya bien establecidas y que se analizarán a continuación:

La paciente se debe dirigir al hospital, cuando tenga las contracciones cada 5 ó 10 minutos, según sea primigesta o multípara y que esas contracciones no se hayan retirado 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 internará en el servicio de labor en donde se vigilará el trabajo de parto en su primer periodo la dilatación: Se debe ordenar ayuno total desde que se inicia el trabajo de parto, pero habrá de valorarse la duración, para permitir o no, la administración de líquidos orales o incluso de una dieta blanda ligera. Se practicará la evacuación del ámpula rectal con enema o supositorio, siempre que la presentación no este descendida y la dilatación no se encuentre muy avanzada.

Parto eutócico.

Se puede o no practicar la tricotomía, previa aplicación de agua jabonosa, de la vulva, perineo, pubis y región suprapúbica.

Asepsia y antisepsia de las mismas regiones, con solución de cloruro de benzalconio a 1 / 2000. (Félix Ramírez Alonso, 2002).

De preferencia, la paciente estará en decúbito lateral izquierdo y se vigilará estrechamente la temperatura, el pulso, la presión arterial, la micción y la hemorragia transvaginal.

Las contracciones y el foco fetal se explorarán cada 15 ó 30 minutos dependiendo del riesgo del parto.

El progreso del parto, en lo que se refiere a la dilatación cervical y descenso de la presentación, se deberá valorar mediante la 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 membranas, cuando esta indicada, se debe practicar cuando el cérvix tenga una dilatación de 4 cm. o más, debe ser cuidadosa y de preferencia con la contracción uterina, pues si el líquido amniótico sale demasiado rápido puede ocasionar un prolapso de cordón.

Parto eutócico.

El procedimiento anestésico o analgésico, se aplicará cuando el trabajo de parto ya este bien establecido (cérvix borrado y 4 ó 5 cm de dilatación). Debe preferirse la anestesia regional (bloqueo peridural). 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 anesthesiólogo 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 las multíparas con 7 cm. de dilatación.

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

Una vez que la paciente esta en posición ginecológica, se le debe practicar un aseo jabonoso en las regiones suprapúbica, púbica, vulvoperineal, anal inguinocrural y glúteas. Posteriormente se hace la antisepsia de esas regiones con cloruro de benzalconio.

Parto eutócico.

El cateterismo vesical sólo se practicará si la vejiga está llena y si la paciente no puede orinar espontáneamente. La maniobra deberá ser cuidadosa y bajo condiciones asépticas.

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 se debe de practicar tanto en primigestas como en multíparas.

El trabajo para conseguir un periné intacto hay que iniciarlo mucho antes del parto. Se trata de explicar las sensaciones que se notan conforme la cabeza estira los tejidos, y alertar a la madre de los riesgos que tiene empujar, con el fin de ayudar a la mujer a tener un expulsivo suave para el bebé y para ella. Es muy raro que se produzcan desgarros perineales, y cuando se producen, son más leves y cicatrizan mejor que una episiotomía.

2.13.- LA EPISIOTOMÍA.

Se define como la incisión quirúrgica que se realiza en periné y vagina, cuyo objetivo es ampliar el canal de parto y facilitar la expulsión fetal.

Parto eutócico.

La incisión se puede realizar en la línea media e iniciarse en esta y dirigirse lateralmente hacia abajo y afuera en dirección al isquion, y puede efectuarse tanto en el lado derecho como en el izquierdo.

Según recoge la OMS, los estudios realizados en los últimos años demuestran que la episiotomía es necesaria sólo en un pequeño porcentaje de casos. Para el resto, la incisión no tiene beneficio alguno, por el contrario, constituye una de las causas más frecuentes de hemorragia e infección postparto; incrementando notablemente las probabilidades de sufrir desgarro anal importante y debilita los músculos perineales favoreciendo posteriores trastornos como incontinencias y prolapsos.

Respecto a la recepción del producto, hay que recordar que la cabeza se 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, según la variedad de posición de la presentación y posteriormente, practicar la aspiración de las vías aéreas respiratorias, superiores del producto, para evitar infecciones broncopulmonares y favorecer la ventilación respiratoria.

Parto eutócico.

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

Posteriormente, se practica la extracción 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 quedará libre para llevar a cabo el pinzamiento y corte del 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 al 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.
(Dr. José Manuel Septien González, 1997: Isabel del Castillo, 2006)

2.14.- EL PARTO POR INDUCCIÓN.

El parto también puede ser **inducido** y la inducción consiste en estimular las contracciones uterinas antes de que se inicie el trabajo de parto espontáneo, con la finalidad de provocar el nacimiento del feto, cuando los beneficios del nacimiento sobrepasen a permitir que el embarazo continúe; y esto es independientemente de la integridad de las membranas ovulares. (Dr. José Manuel Septien González, 1997).

2.15.- OXITOCINA.

En la actualidad el fármaco de elección es **la oxitocina** sintética, la cual se administra por vía endovenosa diluida en solución y la dosis debe ser vigilada estrechamente.

Parto eutócico.

CAPITULO III

Proceso metodológico

3.1.- METODOLOGÍA.

Método proviene del griego métodos, que significa que meta significa por, hacia, a lo largo y hodos significa camino o vía, de allí que se llega al significado etimológico como “camino hacia algo o por el camino”

Un método es una serie de pasos sucesivos, que conducen a una meta. El objetivo de profesionista es llegar a tomar las decisiones y una teoría que permite generalizar y resolver de la mismo forma problemas semejantes en el futuro. Por ende es necesario que siga el método mas apropiado a su problema. Lo que equivale a decir que debe seguir el camino que lo conduzca a su objetivo.

Si define al método como la ruta o camino a través del cual llega a un fin propuesto y se alcanza el resultando prefijando como el orden que se sigue en las ciencias para hallar, enseñar y defender la verdad, podremos distinguir cierta relación del método y de la técnica.

3.1.1.-TIPOS DE METODOS.

- ❖ Método científico: sigue el camino de la duda sistemática, metodologica que no se confunde con la duda universal de los escépticos que es

Parto eutócico.

- ❖ imposible. El método científico es la lógica general tacita o explícitamente empleada para dar valor a los meritos de una investigación.
- ❖ Método racional: es llamado así por los asuntos a los cuales se lo aplica no son realidades, hechos o fenómenos susceptibles de comprobación experimental.

- MÉTODOS LÓGICOS GENERALES DE LA CIENCIA:

Puede considerarse que la lógica es una de las más grandes conquistas del pensamiento, el hombre, entre mas lo emplee su razonamiento mas se diferenciara de los demás. La lógica estudia los diversos procedimientos teóricos y practicas seguidos para adquisición del conocimiento basándose en ellos.

- MÉTODOS GENERALES.

LA DEDUCCIÓN: Parte de un marco general de referencia y se va hacia un caso en particular de la deducción se comparan las características de un caso objeto con la definición que se a acordado para una clase determinada de objetos y fenómenos. Para las personas familiarizadas con la teoría puede decirse que la reducción consiste en descubrir si un elemento dado pertenece o no la previamente definido.

Parto eutócico.

LA INDUCCION: se trata de generalizar el conocimiento obtenido en una ocasión a otros casos u ocasiones semejantes que pueden presentarse en el futuro.

ANALISIS. consiste en las separación de las partes de un todo a fin de estudiar las por separado, así como examinar las relaciones entre ellas.

SINTESIS: consiste en la reunión racional de varios elementos dispersos en una nueva totalidad. La síntesis se da en el planteamiento de la hipótesis.

3.1.2.-METODOS PARTICULARES Y ESPECIFICOS:

- Método experimental: consiste en comprobar, medir las variaciones o efectos que sufre una situación cuando ellas se introduce una nueva causa dejando las demás causas en igual estudio.
- Método estadístico: recopilar, elaborar interpretar datos numéricos por medio de la búsqueda de los mismos.
- Método de observación: es la acción de medir detenidamente una cosa para asimilar en detalle.

3.2.- ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación toma un enfoque cuantitativo ya que desde el momento que surgió la idea del tema. Se formularon varias preguntas de investigación hasta obtener la adecuada, de aquí se derivó la hipótesis las variables.

El enfoque cuantitativo utiliza una relación y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y se confía en una medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de análisis de una población.

3.3.- 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

3.3.1.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

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.

3.4.- 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 interés en una investigación.

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

- Personas
- Grupos humanos
- Poblaciones completas
- Eventos
- Entidades intangibles

Parto eutócico.

En este caso la unidad de análisis es la mujer puérpera que cursó su embarazo llevando su control prenatal en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud por los médicos ginecólogos y enfermeras en turno, y que el producto de la concepción fue obtenido mediante parto eutócico.

3.5.- 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.

Parto eutócico.

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.

- ✓ 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.

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

- ✓ 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:

Parto eutócico.

- ✓ Entre dos o mas grupos

- ✓ De un grupo en dos o mas ocasiones

- ✓ De un grupo de diferentes circunstancias

- ✓ Con muestra de otros estudios

El diseño también debe especificar los pasos que habrán de tomarse para controlar los 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 a empleado al investigador. Debe también llevar el mínimo o evitar los sesgos que puedan distorsionar los resultados del estudio. Adicionalmente un buen diseño

Parto eutócico.

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 termino 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 utilizo 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 utilizo la escala de tipo Likert * la cual consiste.

Parto eutócico.

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 externe 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 un 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

Parto eutócico.

presentan un aborto espontáneo realmente tienen conocimientos teóricos acerca de éste o sólo se basan en aprendizaje empírico.

3.6.- PROCEDIMIENTO.

Para seleccionar la muestra lo primero que hay que conocer y definir es la unidad de análisis, en esta investigación la muestra fueron 18 mujeres postparto o púe a las que se les dio seguimiento, y el producto se obtuvo por parto eutócico durante el periodo 01 Enero – 15 Abril de 4l año 2008, atendidas en el hospital de Nuestra Señora de la Salud ubicado en Morelia, Michoacán.

$$N = \frac{Z^2 p q N}{e^2}$$

$$N e^2 + Z^2 p q$$

n= tamaño de la muestra

N=numero del universo

p= probabilidad + o a favor.

q= consiste en la probabilidad - o en contra.

e= margen de error

Parto eutócico.

Z= nivel de confianza

MODA: Es la categoría o puntuación que ocurre con mayor frecuencia.

MEDIA: numero promedio de una cantidad de datos.

$$X = \frac{X_1 + X_2 + X_3 + \dots + X_n}{_N}$$

MEDIANA: Dato central de una de una cantidad determinada de puntajes ordenados de una manera ascendente y descendente.

$$X = \frac{n+1/2}{2}$$

Parto eutócico.

CAPITULO IV

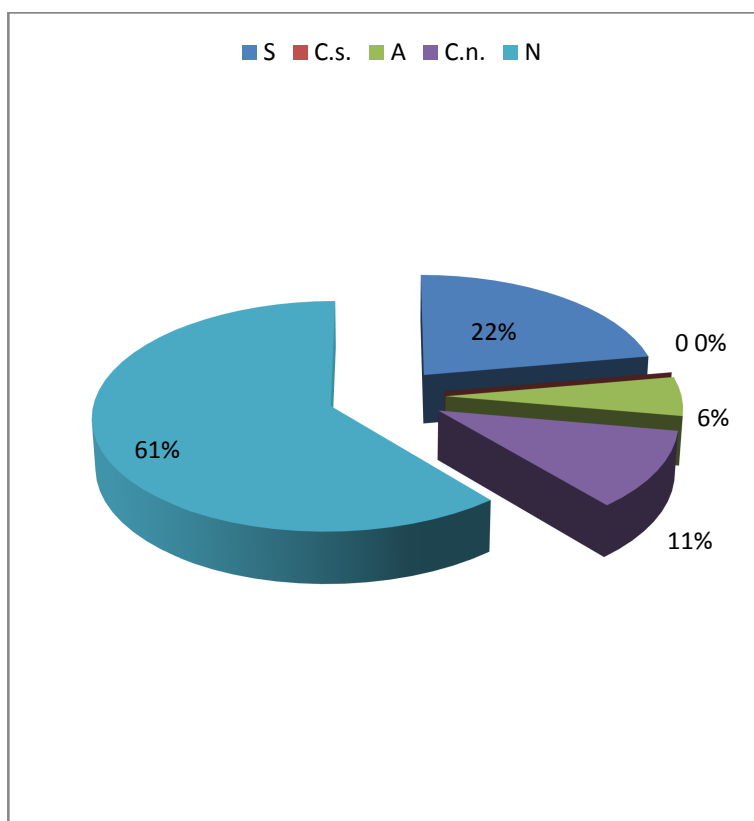
Tratamiento de datos

4.1.- GRÁFICAS.

En este capítulo se demostrarán y analizarán los resultados de las encuestas aplicadas a médicos ginecólogos, enfermeras y pacientes del Hospital de Nuestra Señora de la Salud .

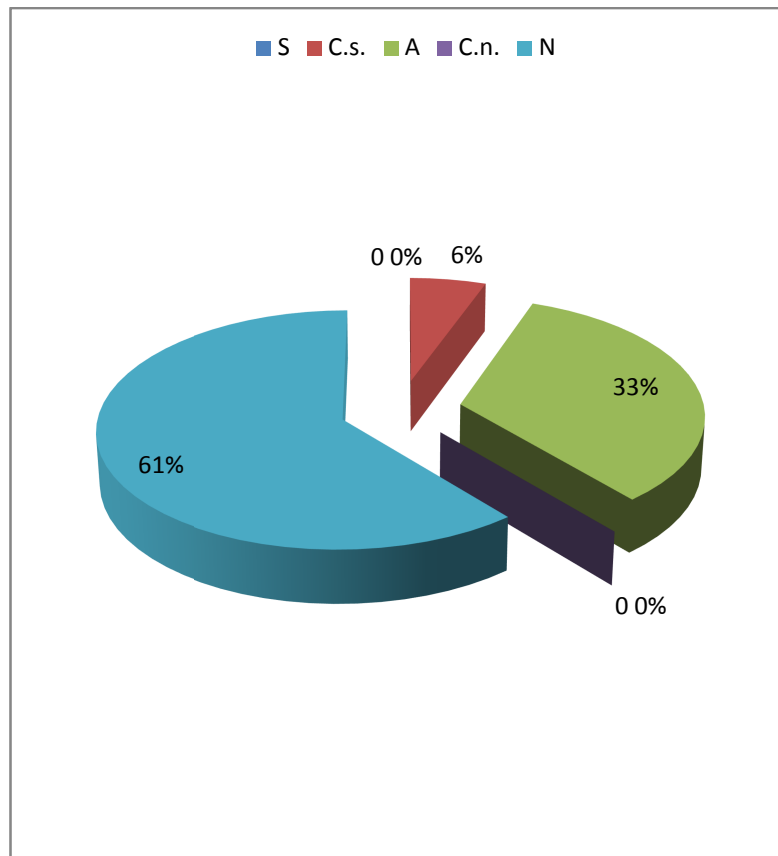
4.2. Instrumento primario de investigación.(Púerperas)

1.- ¿Usted planea sus embarazos?



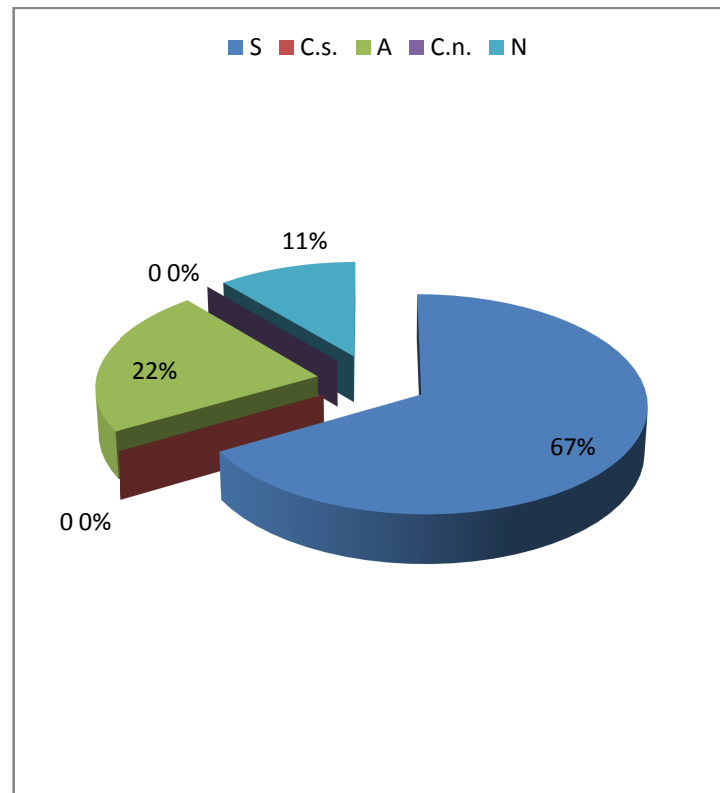
61% respondieron negativamente, 22% respondieron afirmativamente, tres púerperas respondieron que no todos sus embarazos han sido planeados.

2.- ¿Tienes que permanecer en cama durante el embarazo?



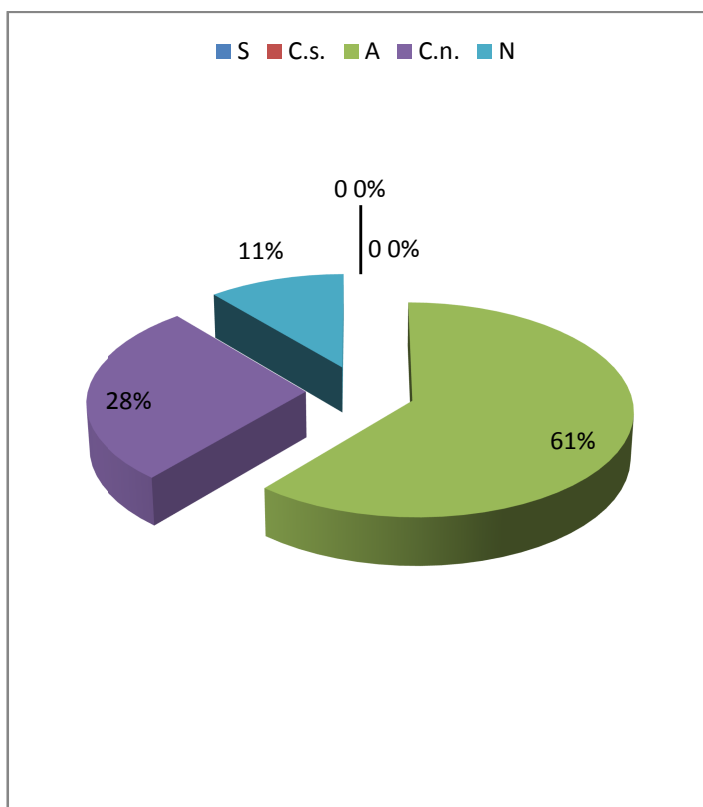
61% respondieron negativamente, 33 respondieron que no en todos sus embarazos, 6% si estuvo en cama durante sus embarazos.

3.- ¿Toma ácido fólico durante el embarazo?



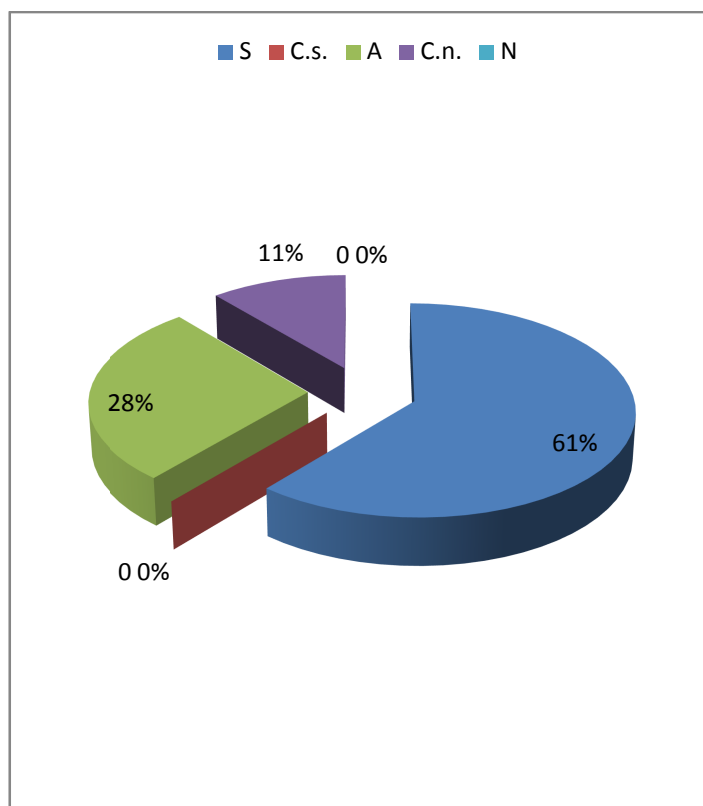
67% respondieron afirmativamente, 22% no siempre, 11% no consumieron.

4.- ¿Un medico general atiende sus partos?



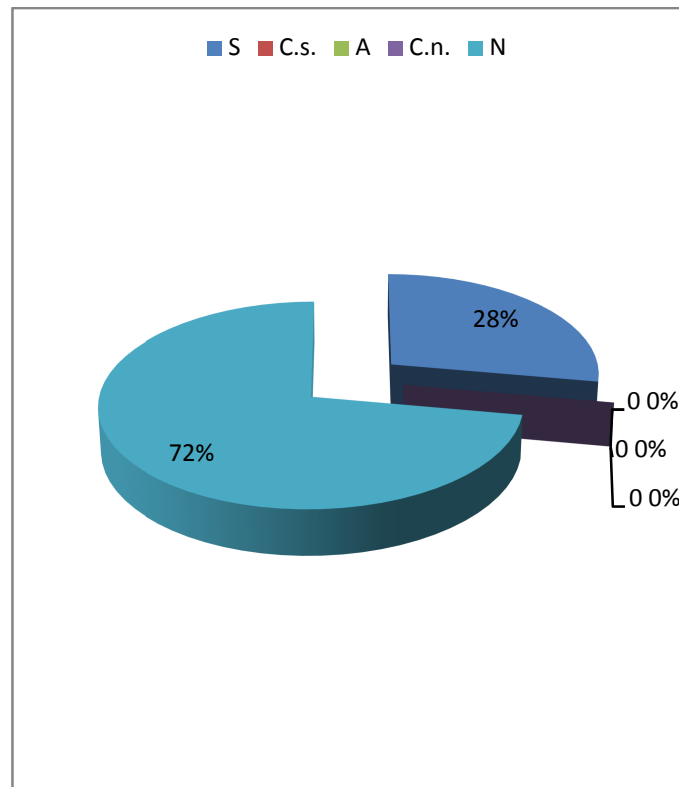
61% respondieron que en algunas ocasiones, 28% casi nunca, 11% no fueron atendidas por médico general.

5.- ¿Su medico la escucha con atención?



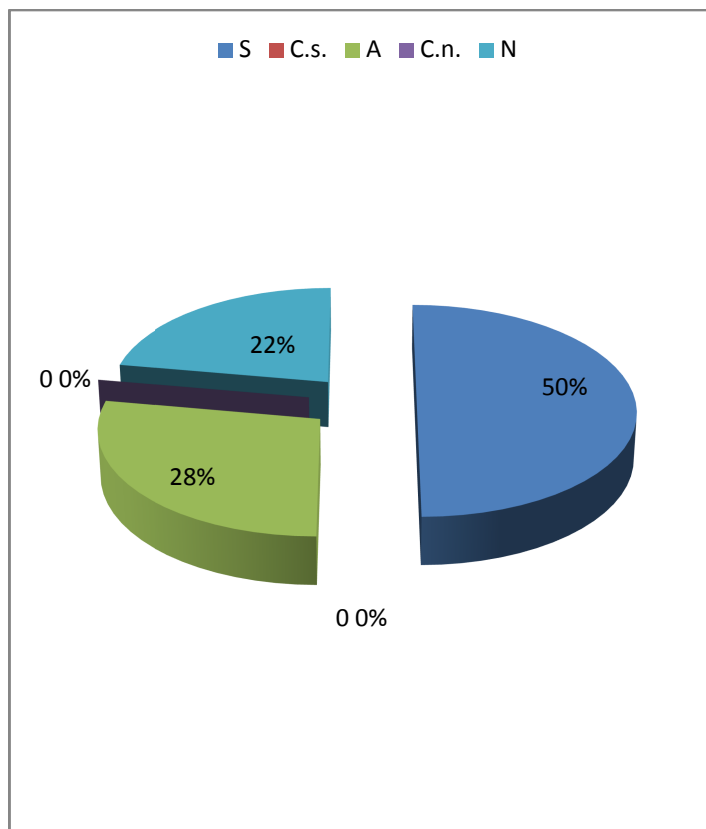
61% respondieron afirmativamente, 28% respondieron que solo a veces, 11% casi nunca.

6.- ¿Su medico le mando hacer ultrasonido?



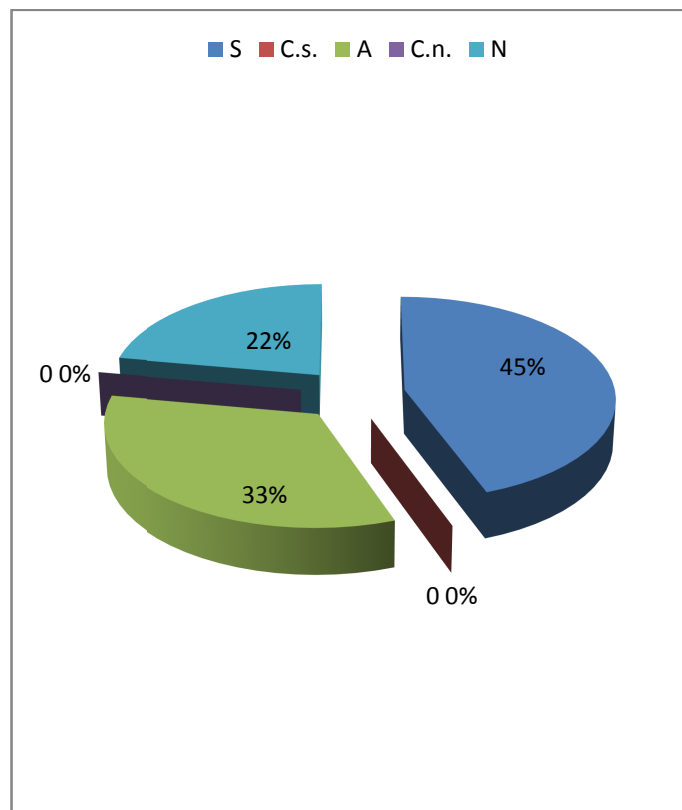
72% respondieron negativamente, 28% respondieron afirmativamente.

7.- ¿Su medico le mando hacer estudios de sangre?



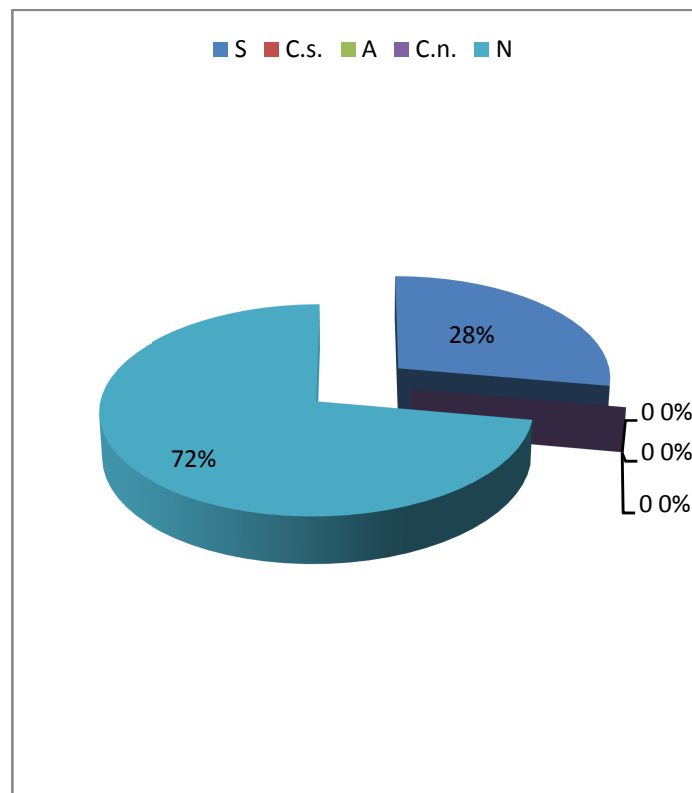
50% respondieron afirmativamente, 28% si se los han pedido, 22% nunca se las pidieron.

8.- ¿Su medico le mando hacer estudios de orina?



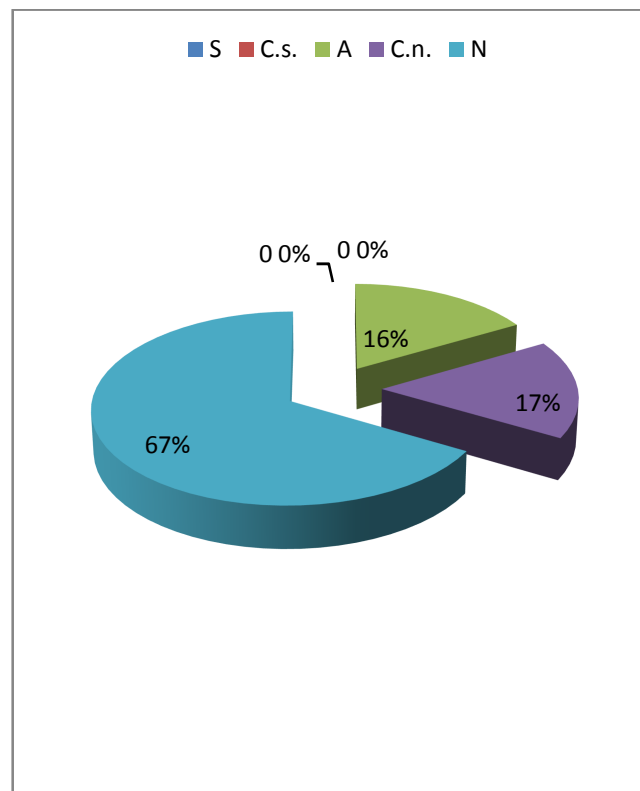
45% respondieron afirmativamente, 33% a veces, 22% no les fue pedido,

9.- ¿Su medico le pidió un estudio de su cadera?



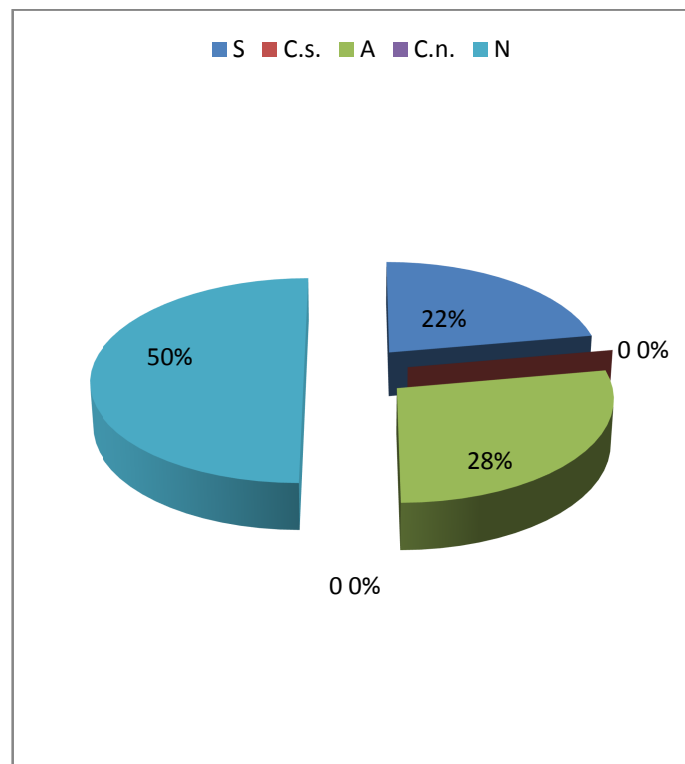
28% respondieron afirmativamente, 72% respondieron negativamente.

10.- ¿Su medico le comento si su cadera era para parto vaginal?



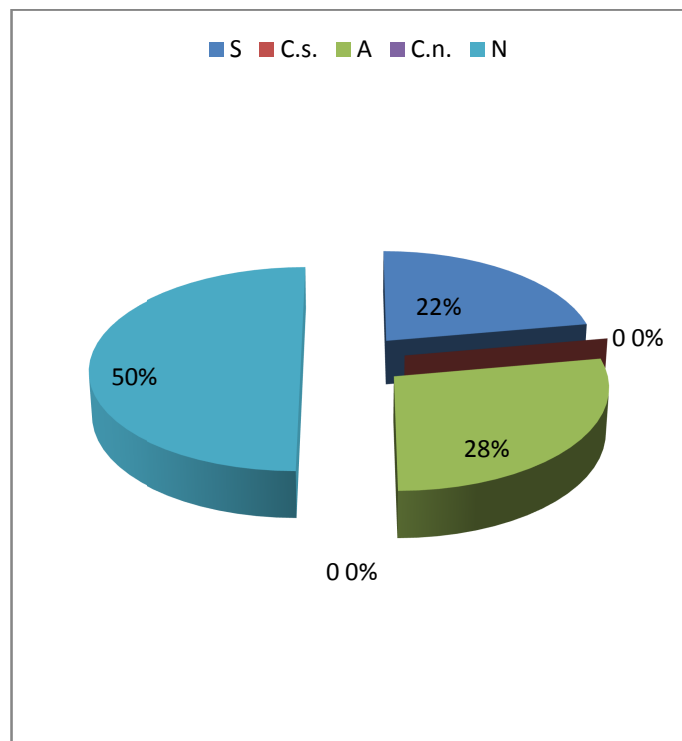
67% respondieron negativamente, 33% en alguno de sus embarazos si les fue comentado.

11.- ¿Su medico le explico los niños pueden nacer de nalgas?



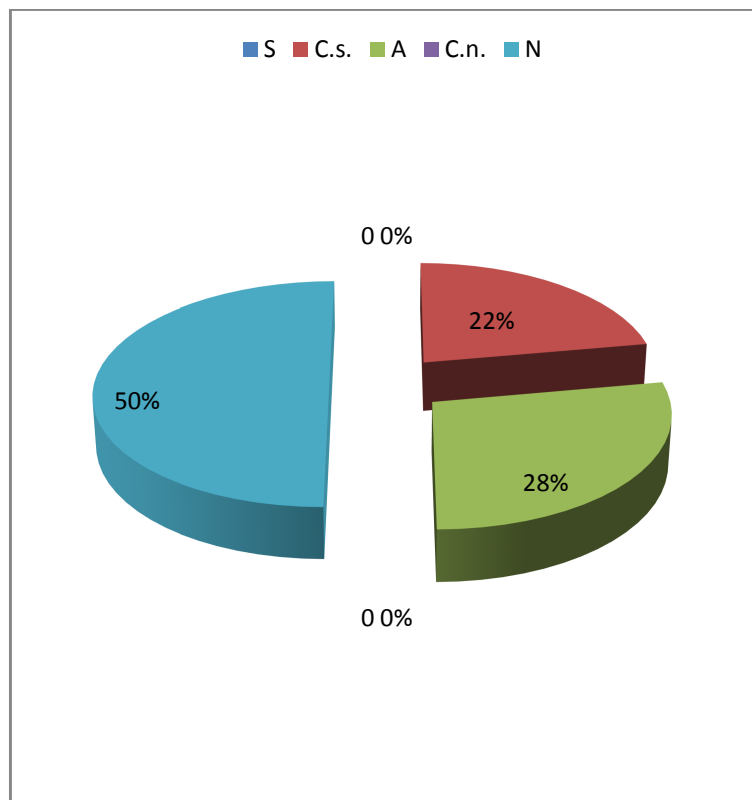
50% contestaron negativamente, 28% a veces y 22% si les comentaron sobre ese suceso.

12.- ¿Su medico le explico que depende de la posición del niño que se realice la operación cesárea?



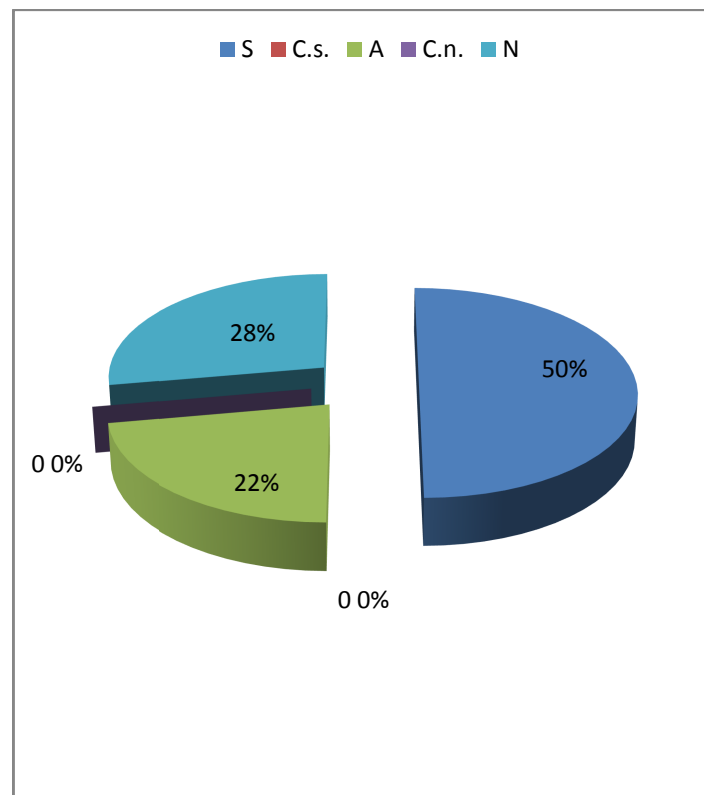
50% respondieron negativamente, 28% en alguna, 22% si se los comentaron.

13.- ¿Reconoce cuando su vientre se endurece?



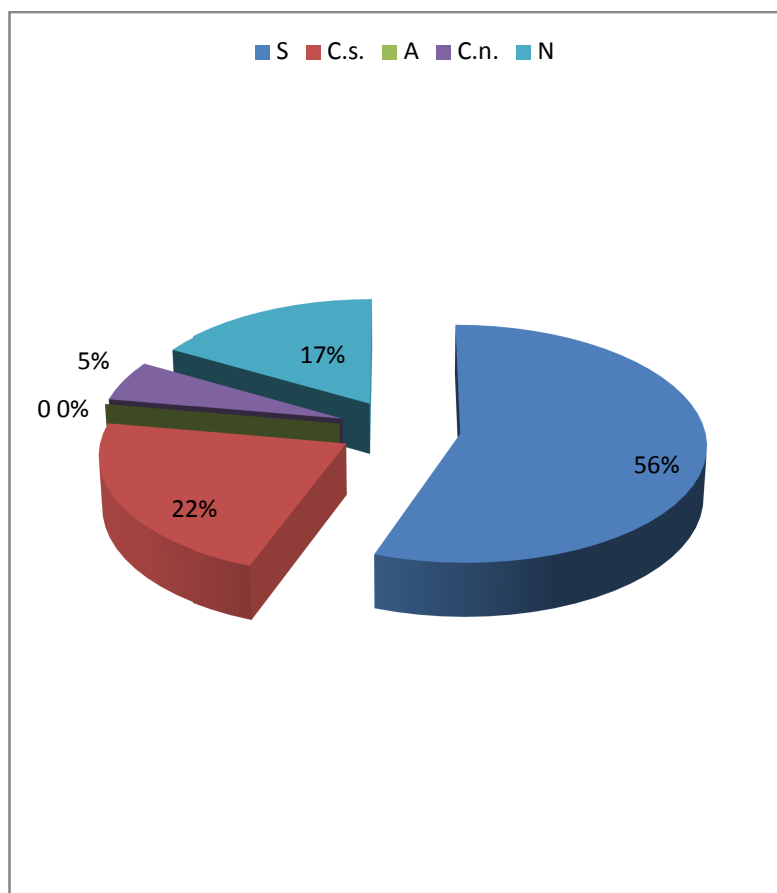
50% respondieron negativamente, 22% lo hicieron en alguna ocasión, 28% reconocía casi siempre durante sus embarazos.

14.- ¿Tiene contracciones uterinas durante el parto?



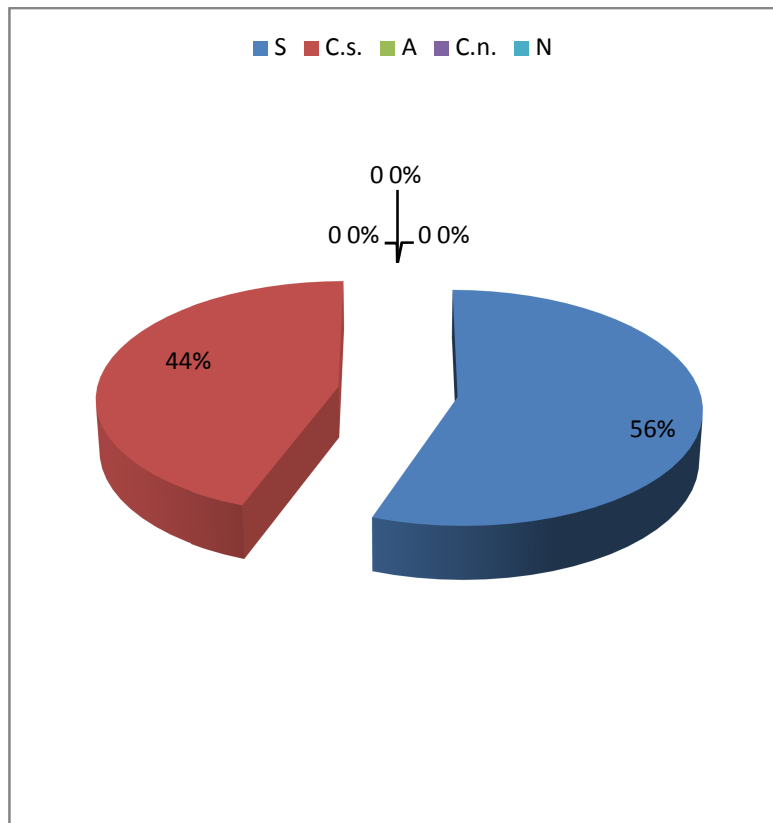
50% respondieron afirmativamente, 22% respondieron que solo a veces, 28% niegan haberlas tenido.

15.- ¿Su medico le contesto que hacer si hay contracciones?



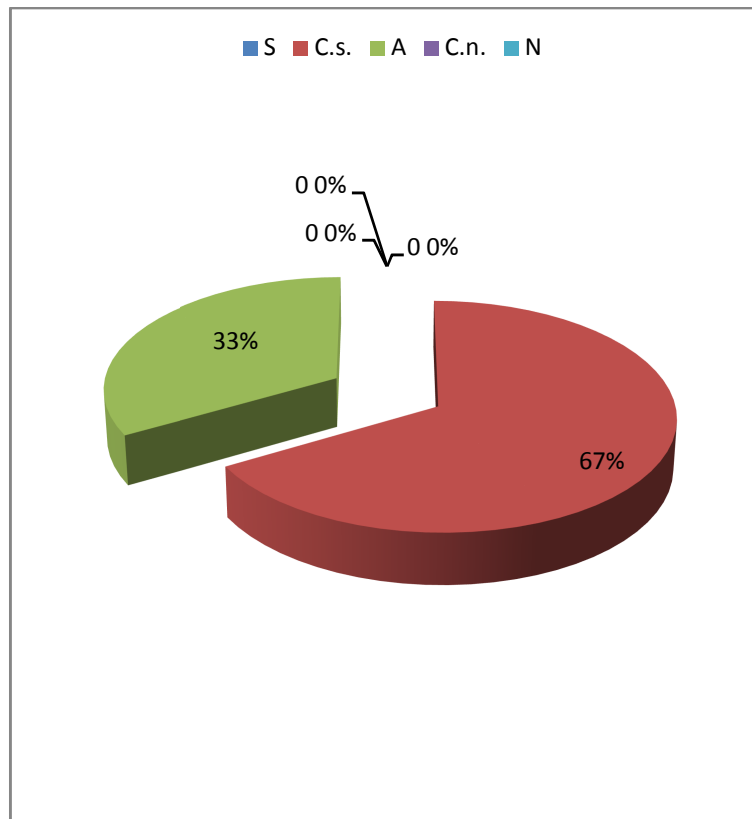
56% respondieron afirmativamente, 22% respondieron que a veces o en alguno de sus embarazos si se los han mencionado,5% casi nunca,17% no se los mencionaron nunca.

16.- ¿Su medico la asistió en su parto?



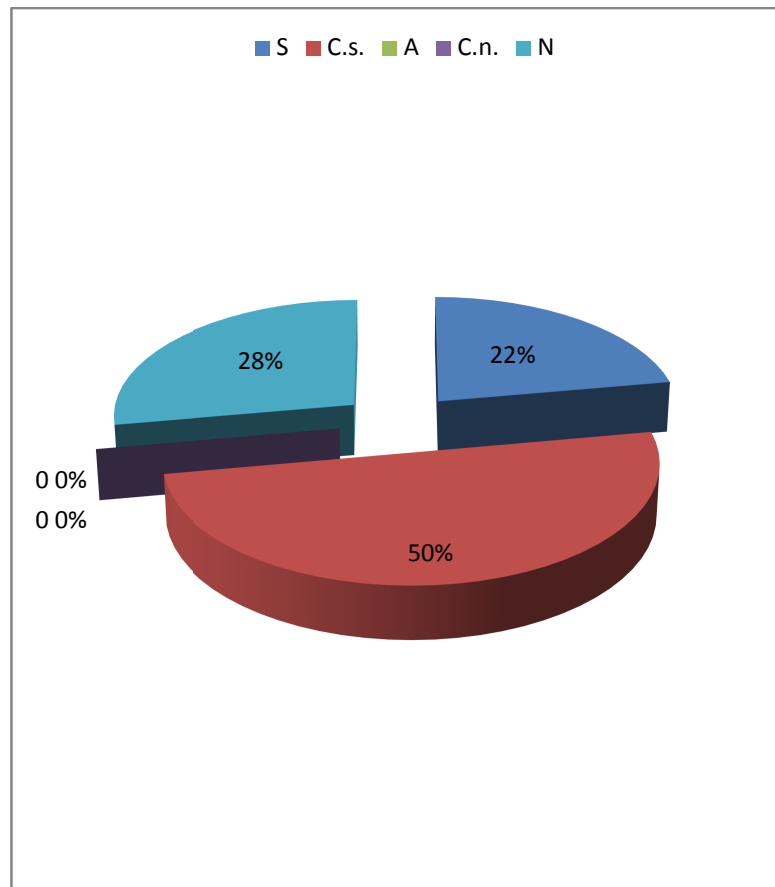
56% respondieron afirmativamente que fue su médico quien las asistió durante su parto, 44% la mayoría de sus partos, a una casi nunca.

17.- ¿Le han realizado la operación cesárea?



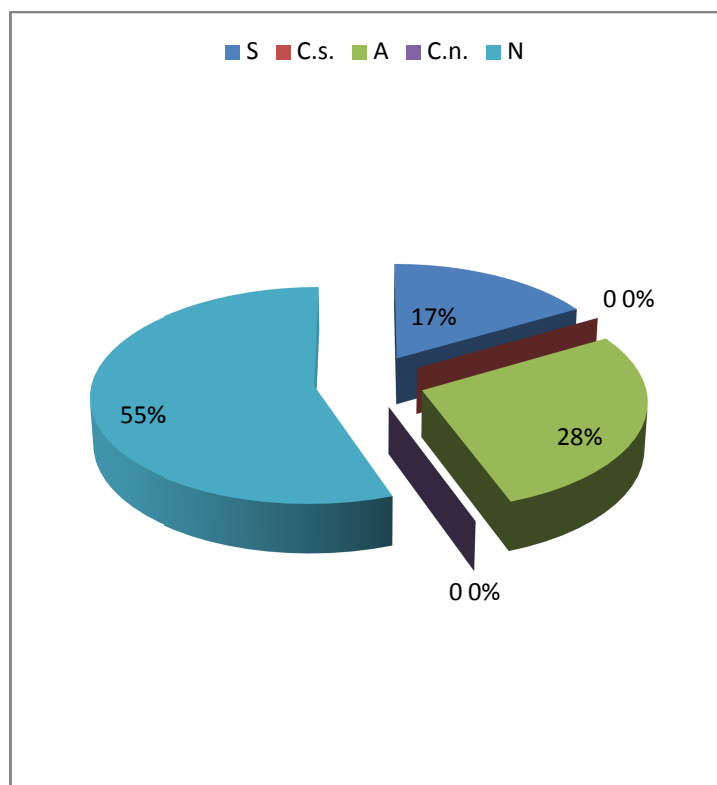
67% respondieron afirmativamente que les han realizado la operación cesárea, 33% en alguna ocasión.

18.- ¿Sus hijos al nacer pesaron menos de 3 kg.?



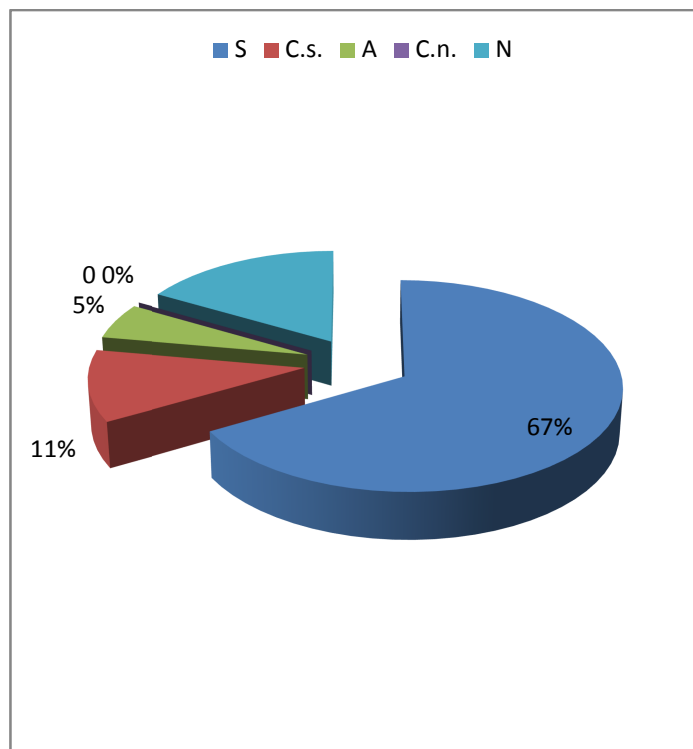
22% respondieron que sus hijos al nacer pesaron menos de 3 kg. Al nacer, 50% respondieron que casi siempre, 28% respondieron negativamente.

19.- ¿Su medico le hablo de un corte que se le realizaría en la vagina durante el parto?



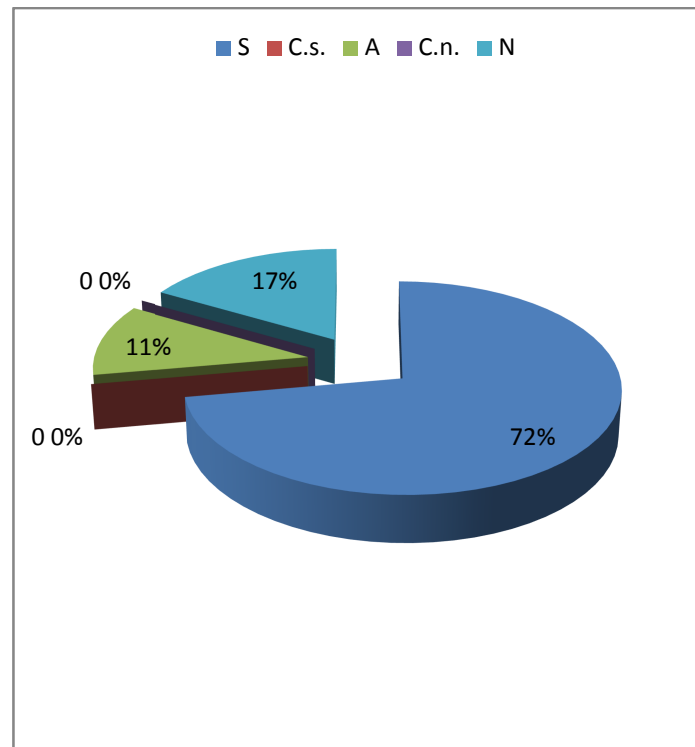
55% respondieron negativamente, 28% respondieron que en alguna ocasión se les mencionó, 17% si se les habló dicho cortesito.

20.- ¿Le hicieron dicho corte?



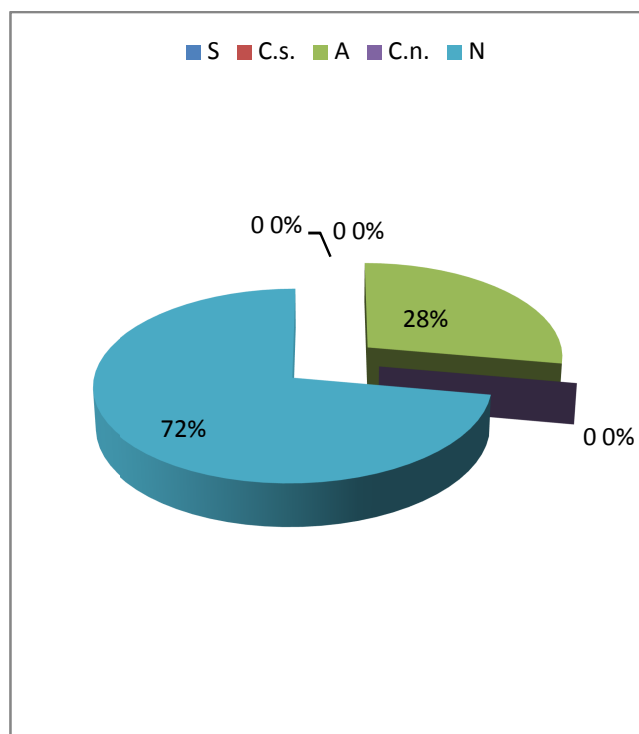
67% respondieron que si, 11% casi siempre se la han realizado, 5% a veces se la realizaron y 17% no se las han realizado.

21.- ¿Le causo molestias dicho corte?



72% respondieron afirmativamente, 11% contestaron que solo a veces les causó molestia, 17% no les causó molestias, en conclusión no siempre.

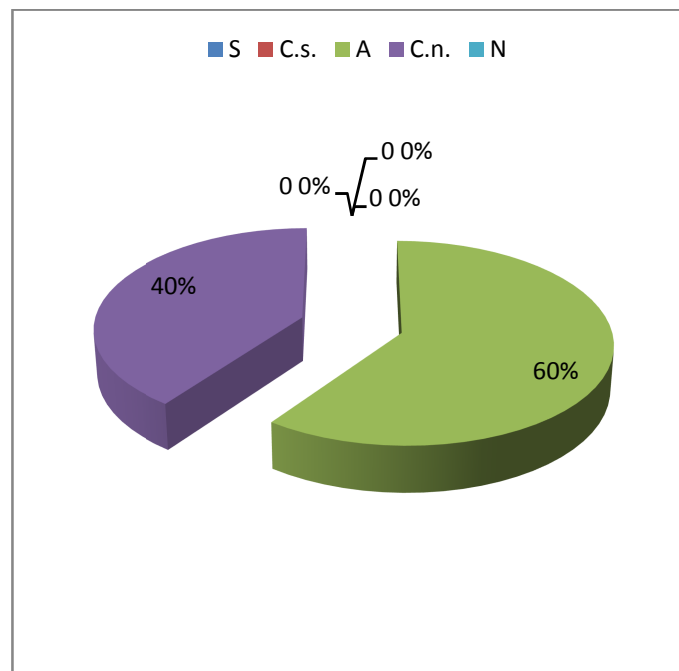
22.- ¿Su medico tenia urgencia por que usted ya tuviera a su hijo?



72% respondieron negativamente, 28% cinco contestaron que a veces su médico si ha tenido dicha urgencia.

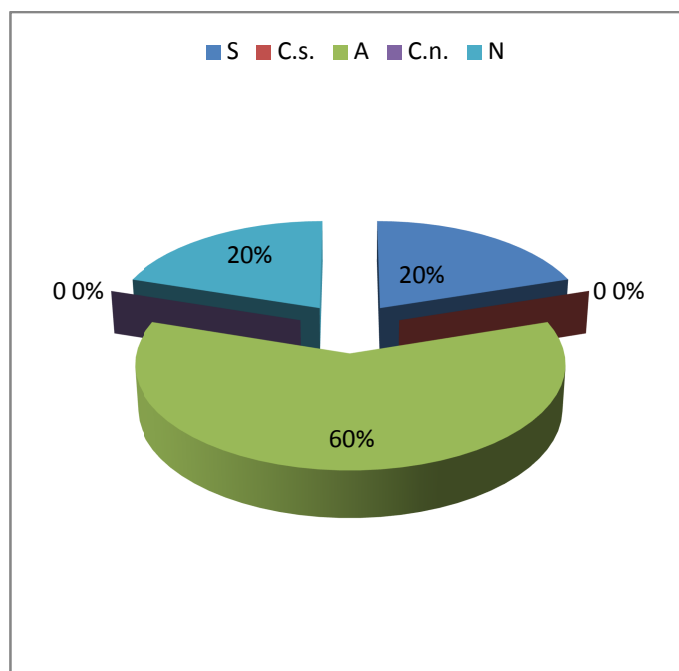
4.3.- Instrumento secundario de investigación.(Enfermeras).

1.- ¿Realiza platicas sobre el embarazo con mujeres de 14 a 35 años?



60% respondieron que a veces, 40% casi nunca lo hacen.

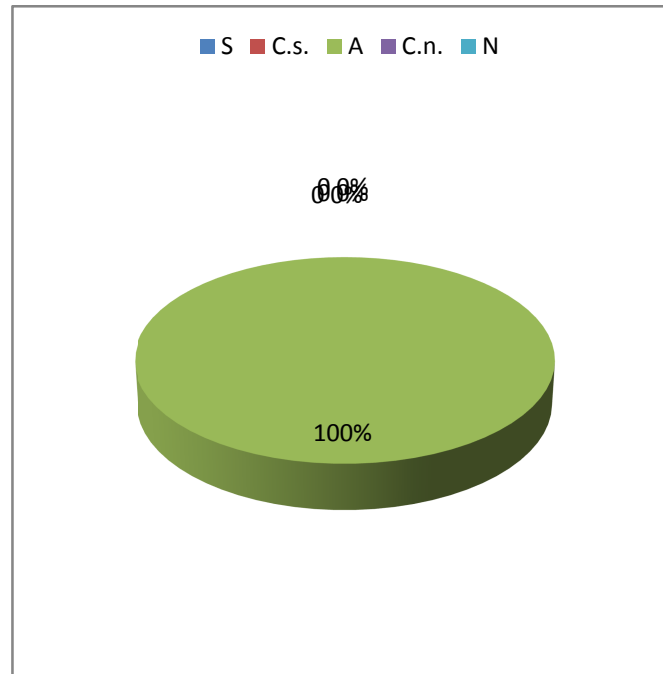
2.- ¿Imparte platicas sobre control prenatal a las mujeres embarazadas en el H.N.S.S?



20% respondió afirmativamente, 60% en alguna ocasión lo han realizado, 20% nunca lo ha realizado.

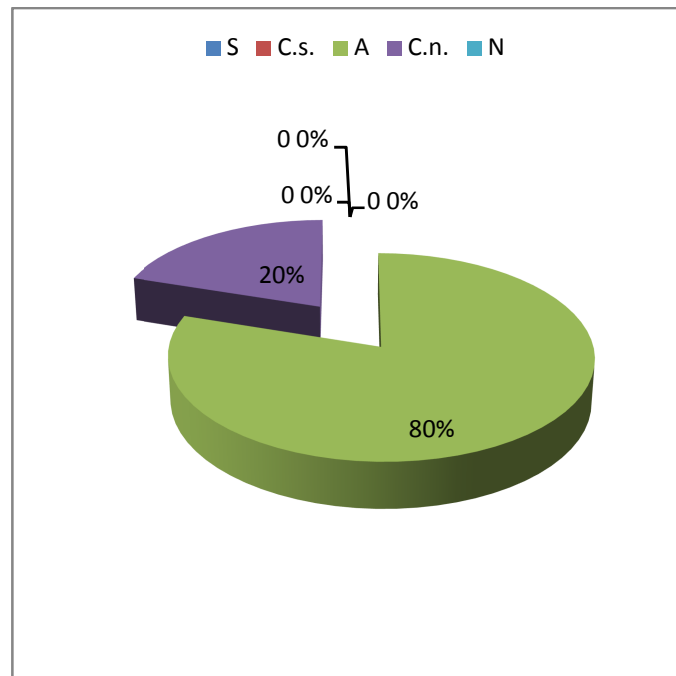
Parto eutócico.

3.-¿Da a conocer los beneficios del control prenatal a la mujer gestante?



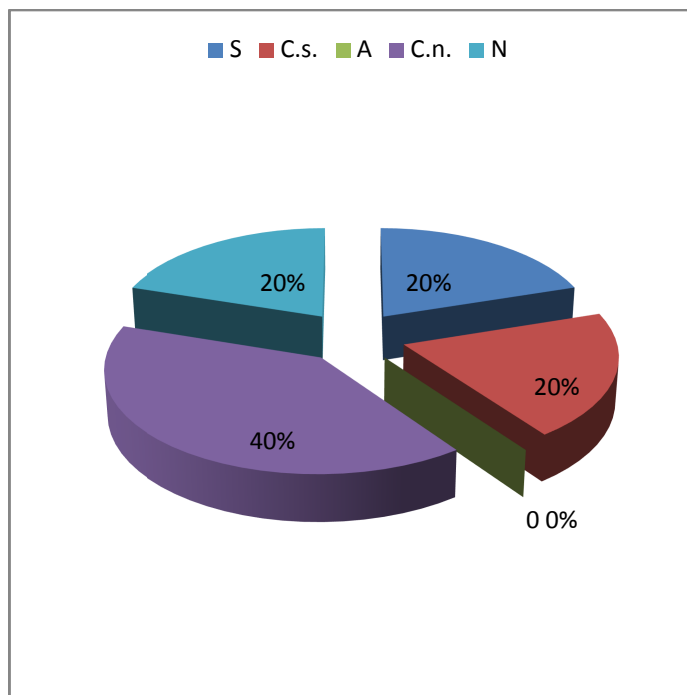
El 100% de las enfermeras respondieron que a veces o en algún momento de su carrera han dado a conocer el beneficio del control prenatal a la mujer gestante.

4.- ¿Asiste usted a conferencias sobre control prenatal?



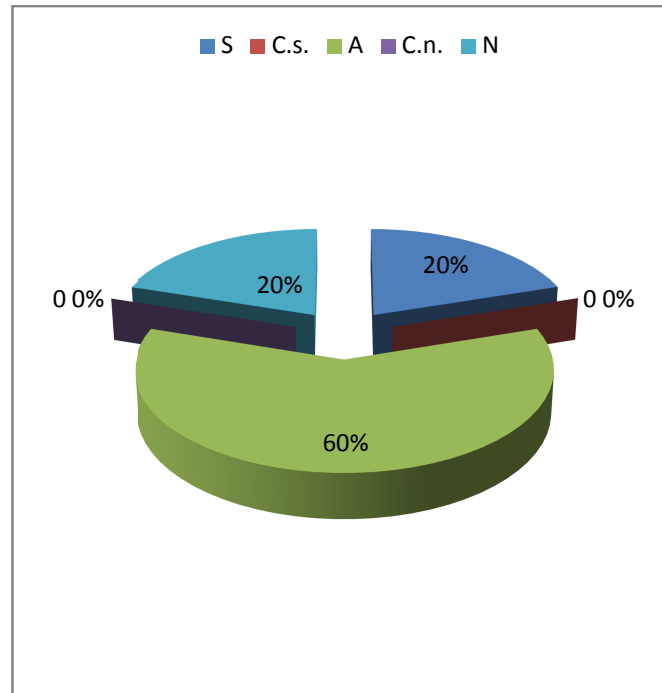
80% respondieron que a veces han asistido a conferencias sobre control prenatal, 20% casi nunca lo ha hecho.

5.- ¿Realiza usted la exploración física?



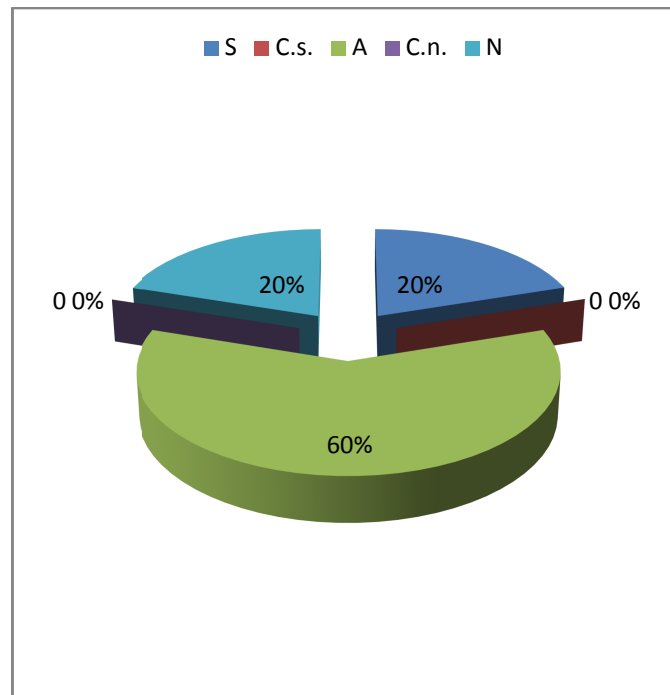
20% respondió si la realiza, 20% respondió que casi siempre, 40% casi nunca y 20% nunca la realiza.

6.- ¿sugiere usted la impresión diagnóstica?



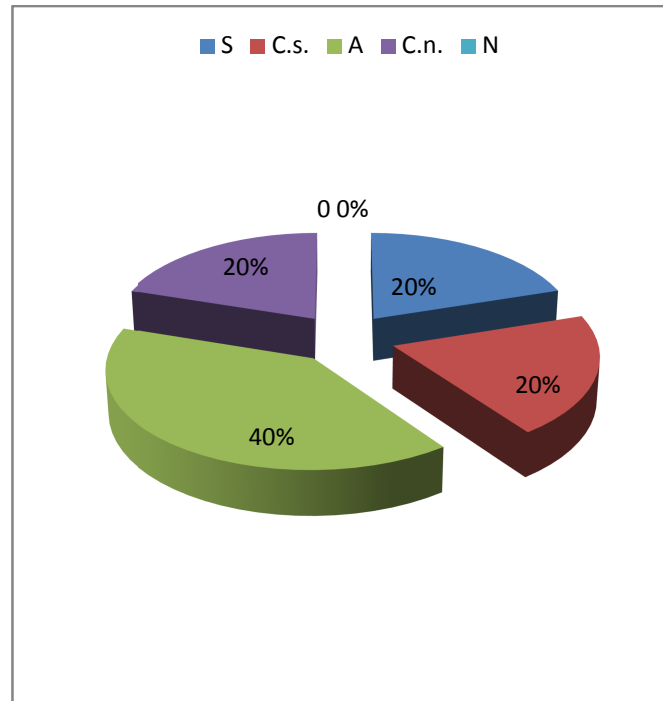
20% respondió que si, 60% casi nunca la sugieren, 20% nunca.

7.- ¿Realiza usted la muestra de toma de laboratorio?



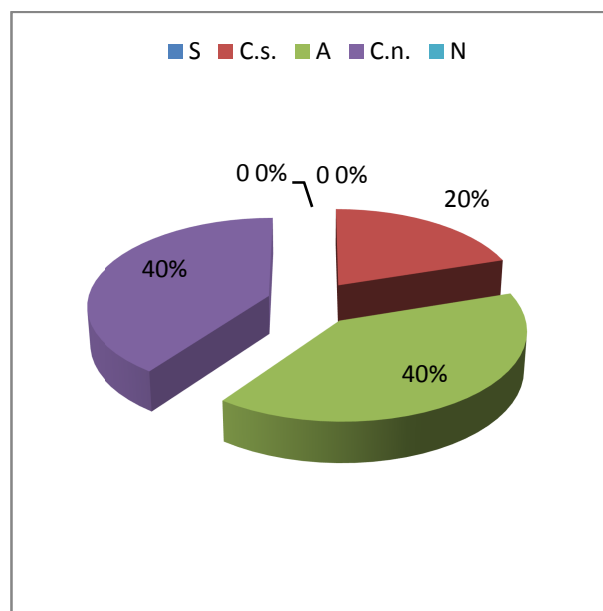
20% respondió que si, 60% en alguna ocasión, 20% nunca la ha realizado.

8.- ¿Reconoce que presentación tiene el producto de la concepción?



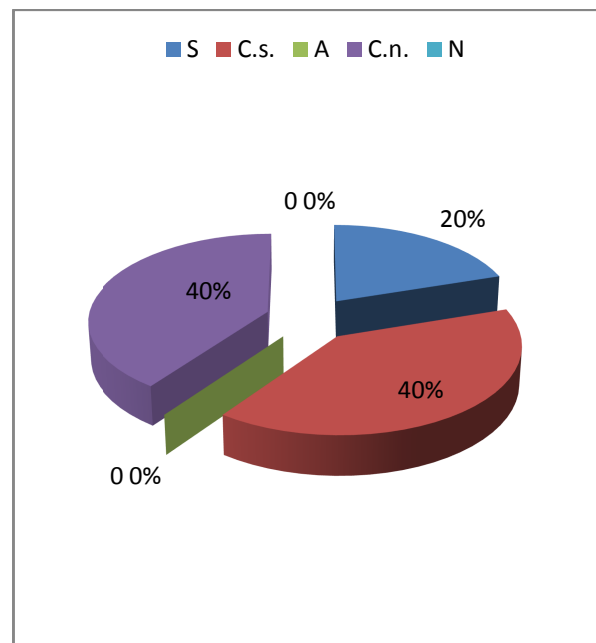
20% respondió si, 20% una enfermera respondió que casi siempre la reconoce, 40% respondieron que a veces, 20% casi nunca la reconoce.

9.- ¿El proceso del trabajo de parto evoluciona de acuerdo a su planeación de actividades?



20% respondió que casi siempre, 40% respondieron que a veces, 40% que casi nunca sucede.

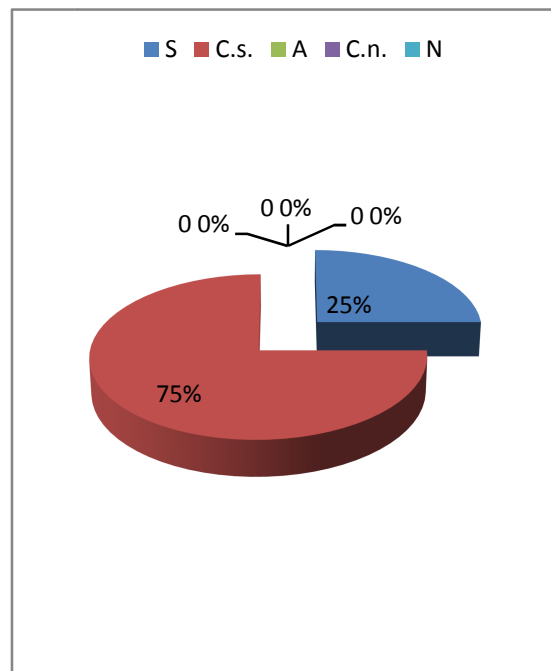
10.- ¿Se utiliza oxicítica en un parto post término?



20% respondió afirmativamente, 40% respondieron que casi siempre, 40% casi nunca.

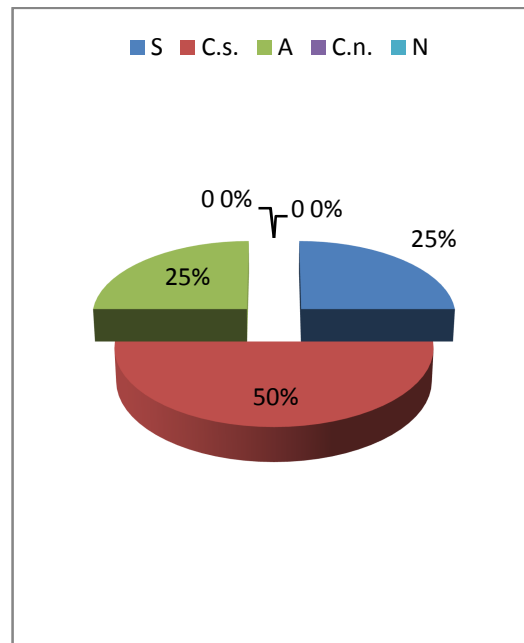
4.4.- Instrumento terciario de investigación(Ginecólogos).

1.- ¿Las pacientes embarazadas que usted atiende están entre los 17 y 35 años?



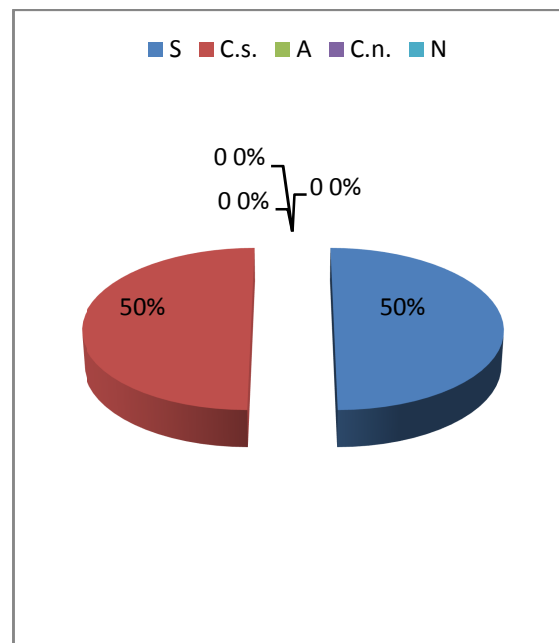
25% respondió afirmativamente a esta pregunta, 75% respondieron que casi siempre.

2.- ¿Las mujeres embarazadas llevan un control prenatal adecuado?



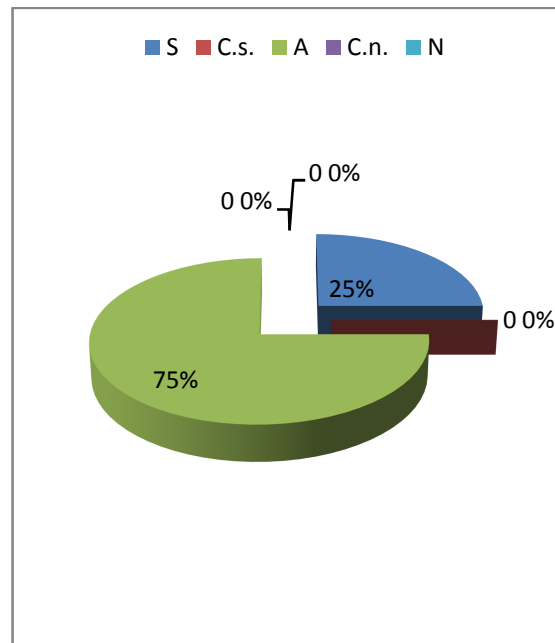
25% respondió que si, 50% respondieron que casi siempre, 25% ginecólogo respondió que solo a veces.

3.- ¿Obtiene la confianza de sus pacientes?



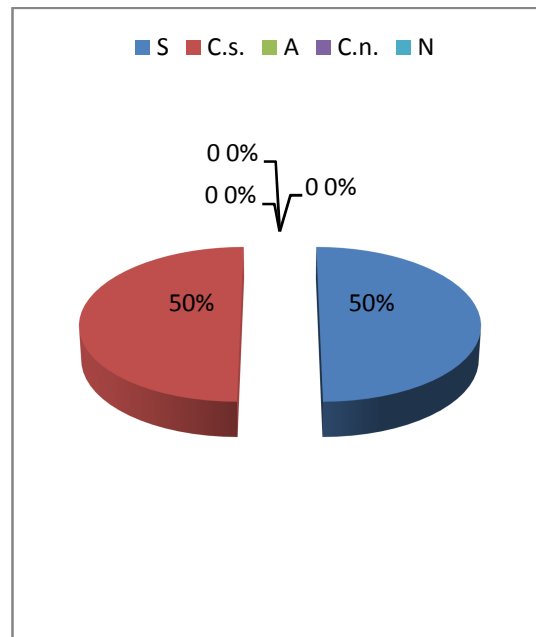
50% afirmaron que si, 50% casi siempre lo logran.

4.- ¿Pide a sus pacientes se realicen pelvimetria radiológica al final del embarazo?



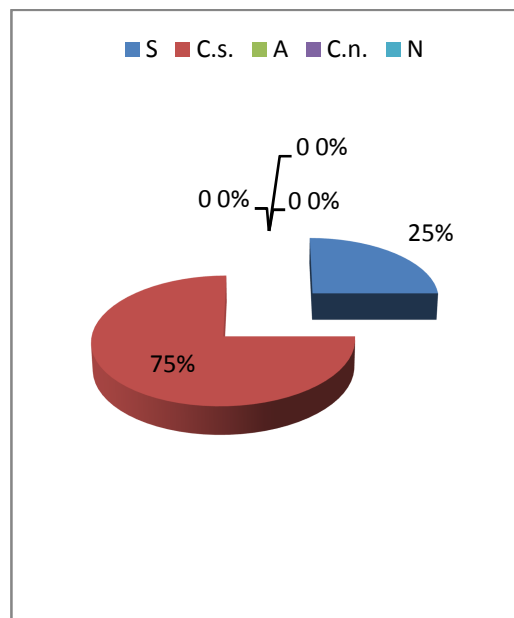
25% si pide a sus pacientes, 75% a veces la piden.

5.- ¿Explica a sus pacientes que tipo de pelvis tienen?



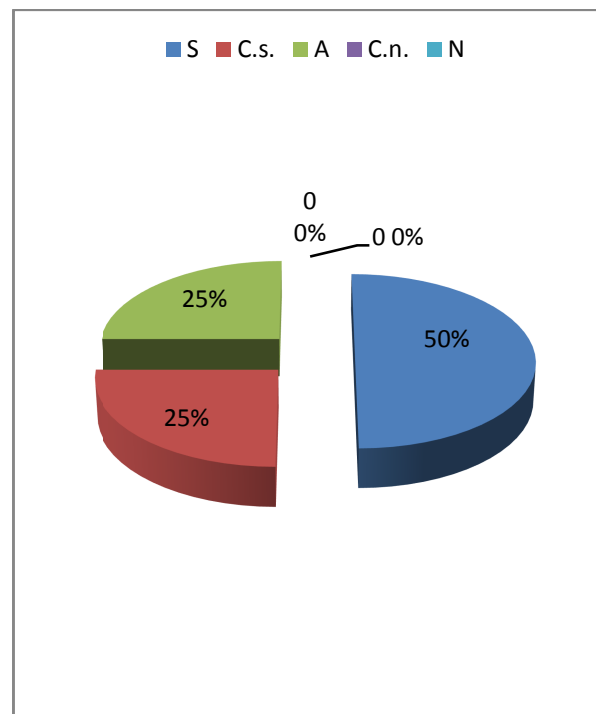
50% explican a sus pacientes que tipo de pelvis tienen, 50% casi siempre lo hacen.

6.- ¿Las pacientes comprenden lo que usted les informa?



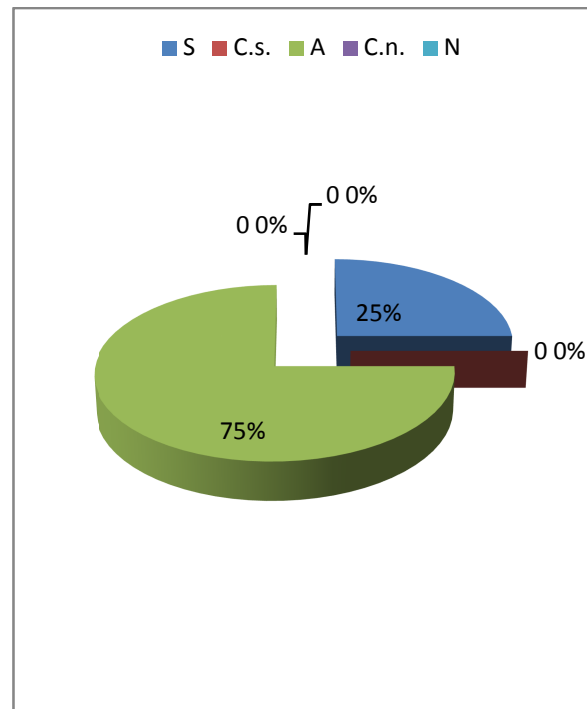
25% respondió afirmativamente, 75% afirman que casi siempre lo hacen.

7.- ¿Le explica a sus pacientes que es la presentación fetal?



50% respondieron afirmativamente, 25% casi siempre, 25% a veces.

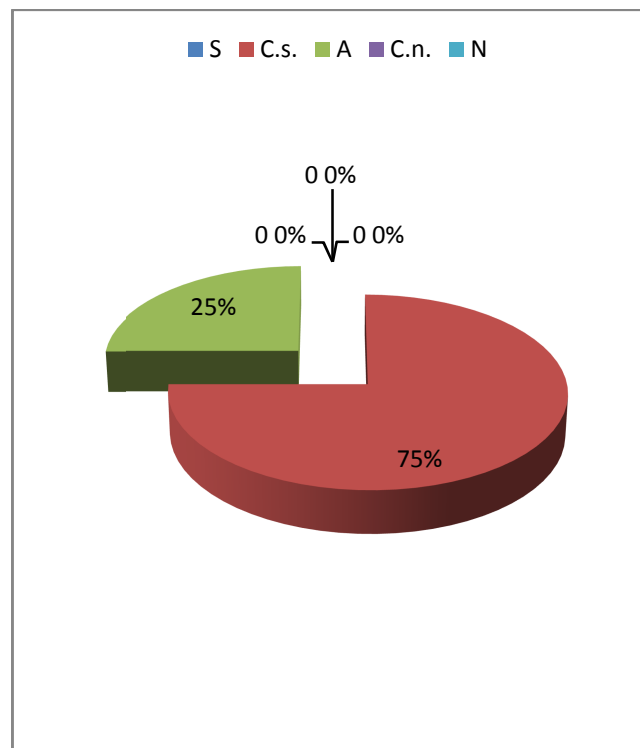
8.- ¿Le explica a sus pacientes que pueden existir complicaciones?



25% si explica, 75% a veces.

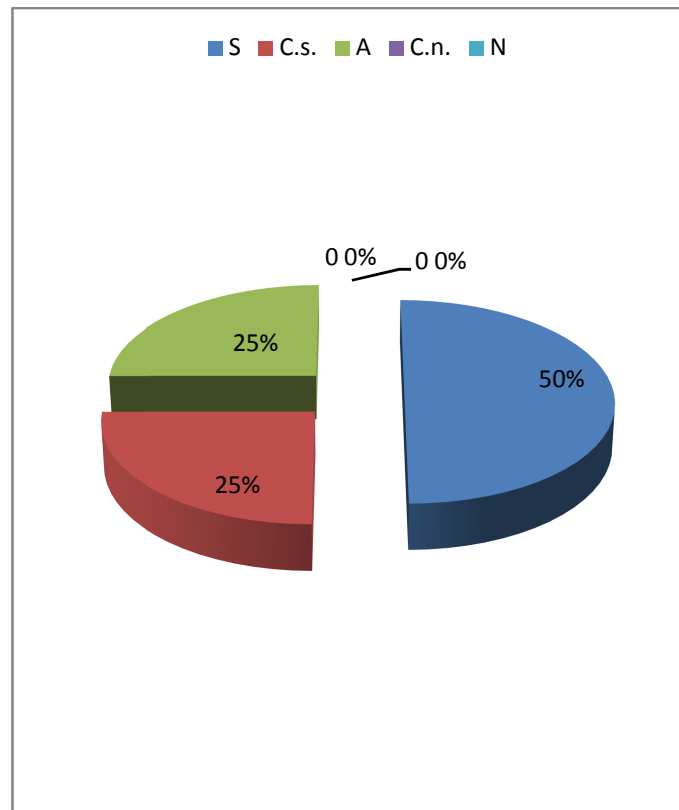
Parto eutócico.

9.- ¿Las pacientes que usted atiende regularmente tienen parto eutócico?



75% respondieron que casi siempre, 25% respondió que solo a veces.

10.- ¿Utiliza oxitócica con la paciente en trabajo de parto?



50% respondieron afirmativamente, 25% respondió utilizarla casi siempre, 25% a veces.

Parto eutócico.

CAPITULO V

Conclusiones.

5.1- CONCLUSIONES.

Este trabajo de investigación fue elaborado metodológicamente y trata sobre cómo se detecta si el producto de la concepción será obtenido por parto eutócico.

Al estar en contacto con fuentes bibliográficas y físicamente en consulta externa de ginecología en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud ubicado en Morelia, Michoacán, se observa y se conoce que la historia clínica obstétrica completa y el control prenatal son básicos para conocer la situación del binomio madre – hijo, aportando en la mayoría de los casos los datos necesarios para esperar y lograr un parto vaginal que evolucione a ser eutócico apoyándose en estudios de laboratorio y gabinete.

Se logró conocer sobre la importancia del control prenatal, el mecanismo del parto, el parto, algunas presentaciones del feto en la pelvis materna, sobre la episiotomía y la oxitocina como medicamento más utilizado durante el trabajo de parto en dicha institución; dando respuesta a la pregunta de investigación y comprobando la hipótesis planteada al inicio de la investigación.

5.2.- SUGERENCIAS.

- Que en las escuelas de medicina y especialidades de la misma rama se concientice a los estudiantes sobre la atención a las necesidades de los pacientes, en este caso particular la atención a la mujer embarazada.
- Que la atención en consulta externa ginecológica se tome muy en serio la realización de la historia clínica obstétrica completa.
- Que se concientice a la mujer en edad reproductiva, gestante y postparto o púérpera sobre la importancia del control prenatal y las visitas periódicas que este incluye.

5.3.- LINEAS DE INVESTIGACIÓN

Las líneas de investigación que esta investigación genera son las siguientes:

- ✓ Relación médico – paciente.
- ✓ El factor tiempo en el hospital
- ✓ El factor economía.
- ✓ Parto no, ¡cesárea sí!.

Parto eutócico.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA CITADA.

Hernández, Roberto Sampieri, y otros. Metodología de la investigación. Editorial Mc Graw Hill, 1991, cuarta edición, pp. 850.

Zamora, Miguel Garza, Carlos J. Briones Garduño. Ginecobstetricia. Primera edición 1995, instituto politécnico nacional. México, D.F., pp. 237 más anexos.

Mateos, Agustín Muñoz. Compendio de etimologías grecolatinas del español. Editorial Esfinge. Cuadragésimotercera edición. México, 2003, pp. 402 más anexos.

Manual Merck. Editorial Oceano/centrum. Novena edición. México 1994, pp. 2994 más anexos.

FLASOG – Federación latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología. Historia de la obstetricia y la ginecología en Latinoamérica. 1970.

Gynecology and obstetrics in the bible. II. Labor and the puerperium Dumont, Clinique Gynecologique et Obstetricale, faculté de Medeciné de Lyon. J-Gynecol-Obstet-Biol-Reprod-Paris. 1990; 19(2): 145 – 153.

Parto eutócico.

Historia general de las cosas de Nueva España. Pedro Robledo.

Castelazo L., J.A. y Calderón J. en Historia de la ginecología en Latinoamérica, pp. 338.

Historia antigua de México. Editorial Delfín, México, D.F., pp.336, 1944.

Pérez de Salazar J.L.. Ginecobstetricia prehispánica. Ediciones Sandoz de México, S.A., México, D.F., 1963.

Castelazo, Historia de la obstetricia..., pp. 283.

De Urioste, F.J., Historia de la obstetricia y la ginecología en Latinoamérica, pp. 63.

Historia de la medicina en Bolivia, pp. 34.

The Mother machine. Harper & Row, Publishers, New York, pp. 284-285, 1985.

Wood J. y Aviles V.M. Historia de la obstetricia y la ginecología en Latinoamérica, pp. 193.

Parto eutócico.

Diccionario Mosby pocket, autores varios. 2004, impresión México, cuarta edición, originalmente Madrid España, editorial Elsevier, paginación total 1510.

Episiotomía, un cortesito no tan inocente. Blanca Herrera, comadrona. Isabel Fernández del Castillo. Extraído de la revolución del nacimiento. <http://www.holistika.net/busqueda/artículo.asp?artid=830&s>. 29-11-2007.

Isabel F. del Castillo. Autora de "La revolución del Nacimiento". Ed. Granica 2006. 29-11-2007.

American Collage of Comuniti Midwives, Technical Bulletin n° 5. www.collageofmidwives.orgx. 29-11-2007.

Year book de obstetricia y ginecología. Aborto y embarazo ectópico. Mishell/Kirschbaum/Morrow, 1987, editorial medica panamericana, pág. 521.

PAC^R GO-I. Programa de actualización continua en ginecología y obstetricia. Dr. José Manuel Septien González, México D.F., 1997, editores sistema inter, pp. 675.

Ginecología y obstetricia aplicadas(comp.). J. Roberto Ahued Ahued, Carlos Fernández del Castillo S., René Bailón Uriza, México 2003, segunda edición, Editorial el manual moderno.

Parto eutócico.

Ginecología y obstetricia. Dr. Eduardo Núñez Maciel, México, Vol. I, Ediciones Cuellar S.A. de C.V., pp. 579.

Obstetricia y ginecología. J.A. Usandizaga, P. de la fuente. Madrid. Volumen I, segunda edición, editorial Mc Graw Hill interamericana, primera edición 1997, pp. 285.

Ginecobstetricia (temas selectos), Miguel Zamora Garza, Carlos J. Briones Garduño. México 1995, editorial Instituto Politécnico Nacional, primera edición, pp. 237 más anexos.

Obstetricia clínica. Victoriano Llaca Rodríguez, Julio Fernández Alba. México, 2004. Editorial Mc Graw Hill interamericana, pp. 582.

Obstetricia para la enfermera profesional. Félix Ramírez Alonso. México, D.F., 2002. Editorial Manual Moderno, pp. 553.

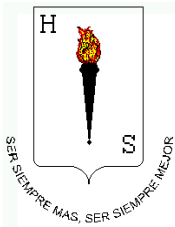
Apuntes de obstetricia. Dr. Alfonso Zamudio Pedraza.

El parto en cuclillas. Dr. Moyses Paciornik. <http://www.holistica.net/parto-fisiológico/elparto> en cuclillas.asp.29-11-2007.

Parto eutócico.

ANEXOS.

**ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA
SEÑORA DE LA SALUD.**



INCORPORADA A LA U.N.A.M. CLAVE 8722

INSTRUMENTO PARA APLICAR A LAS PACIENTES PUÉRPERAS.

Objetivo: Este instrumento de investigación es para obtener información de las mujeres embarazadas a las que se les dio seguimiento, y el producto de la concepción se obtuvo por parto vaginal eutócico, y será utilizada en la realización de una tesis.

Instrucciones: Le pido de favor lea atentamente las preguntas y marque con una palomita la respuesta correcta. Donde: **S**=siempre, **C.s.**=casi siempre, **A**=a veces, **C.n.**=casi nunca, **N**=nunca.

Parto eutócico.

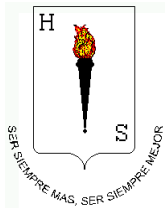
No.	Preguntas	S	C.s.	A	C.n.	N
1.-	¿Usted planea sus embarazos?	4	0	1	2	11
2.-	¿Tiene que permanecer en cama durante el embarazo?	0	1	6	0	11
3.-	¿Toma ácido fólico durante el embarazo?	12	0	4	0	2
4.-	¿Un médico general atiende sus partos?	0	0	11	5	2
5.-	¿Su médico la escucha con atención?	11	0	5	2	0
6.-	¿Su médico le mandó hacer ultrasonido?	5	0	0	0	13
7.-	¿Su médico le mandó hacer estudios de sangre durante su embarazo?	9	0	5	0	4
8.-	¿Su médico le mandó hacer estudios de orina?	8	0	6	0	4
9.-	¿Su médico le pidió un estudio de su cadera?	5	0	0	0	13
10.-	¿Su médico le comentó si su cadera era para parto vaginal?	0	0	3	3	12
11.-	¿Su médico le explicó que los niños pueden venir de nalgas?	4	0	5	0	9
12.-	¿Su médico le explicó que depende de la posición del niño que se realice la operación cesárea?	4	0	5	0	9
13.-	¿Reconoce cuando su vientre se endurece?	0	5	4	0	9

Parto eutócico.

14.-	¿Tiene contracciones uterinas durante el parto?	9	0	4	0	5
15.-	¿Su médico le comentó que hacer si hay contracciones?	10	4	0	1	3
16.-	¿Su médico la asistió en su parto?	10	8	0	0	0
17.-	¿Le han realizado la operación cesárea?	0	12	6	0	0
18.-	¿Sus hijos al nacer pesaron menos de 3 kg.?	4	9	0	0	5
19.-	¿Su médico le habló de un cortesito que se le realizaría en la vagina durante el parto?	3	0	5	0	10
20.-	¿Le hicieron dicho cortesito?	12	2	1	0	3
21.-	¿Le causó molestias dicho cortesito?	13	0	2	0	3
22.-	¿Su médico tenía urgencia por que usted ya tuviera a su hijo?	0	0	5	0	13

¡Mil gracias por su tiempo

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA
SEÑORA DE LA SALUD.**



INCORPORADA A LA U.N.A.M. CLAVE 8722

INSTRUMENTO PARA ENFERMERAS.

Objetivo: Este instrumento es para conocer la interacción de la enfermera con la mujer en edad reproductiva y gestante, en el momento del transparto y post parto inmediato.

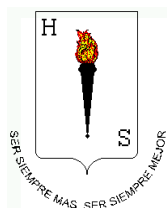
Instrucciones: Le pido de favor lea atentamente las preguntas y marque con una X la respuesta correcta. Donde **S**= siempre, **C.s.**= casi siempre, **A**= a veces, **C.n.**= casi nunca, **N**= nunca.

No.	Preguntas	S	C.s.	A	C.n.	N
1.-	¿Realiza pláticas sobre el embarazo con mujeres de 14 – 35 años?	0	0	3	2	0

Parto eutócico.

2.-	¿Imparte pláticas sobre control prenatal a las mujeres embarazadas en el H.N.S.S.?	1	0	3	0	1
3.-	¿Da a conocer los beneficios del control prenatal a la mujer gestante?	0	0	5	0	0
4.-	¿Asiste usted a conferencias sobre control prenatal?	0	0	4	1	0
5.-	¿Realiza usted la exploración física?	1	1	0	2	1
6.-	¿Sugiere usted la impresión diagnóstica?	1	0	1	2	1
7.-	¿Realiza usted la toma de muestra para estudios de laboratorio?	1	0	3	0	1
8.-	¿Reconoce que presentación tiene el producto de la concepción?	1	1	2	1	0
9.-	¿El proceso del trabajo de parto evoluciona de acuerdo a su planeación de actividades?	0	1	2	2	0
10.-	¿Se utiliza oxitocina en un parto post término?	1	2	0	2	0

¡Mil gracias por su tiempo!



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA
SEÑORA DE LA SALUD.**

INCORPORADA A LA U.N.A.M. CLAVE 8722

INSTRUMENTO PARA MÉDICOS GINECÓLOGOS.

Objetivo: Este instrumento de investigación es para obtener información de la atención proporcionada a las mujeres embarazadas a las que se les dio seguimiento y el producto de la concepción se obtuvo por parto vaginal eutócico y será utilizada en la realización de una tesis.

Instrucciones: Le pido de favor lea atentamente las preguntas y marque con una X la respuesta correcta. Donde **S**= siempre, **C.s.**= casi siempre, **A**= a veces, **C.n.**= casi nunca, **N**= nunca.

No.	Preguntas	S.	C.s.	A	C.n.	N.
1.-	¿Las pacientes embarazadas que usted atiende están entre los 17 y 35 años?	1	3	0	0	0
2.-	¿Las mujeres embarazadas llevan un	1	2	1	0	0

Parto eutócico.

	control prenatal adecuado?					
3.-	¿Obtiene la confianza de sus pacientes?	2	2	0	0	0
4.-	¿Pide a sus pacientes se realicen pelvimetría radiológica al final del embarazo?	1	0	3	0	0
5.-	¿Explica a sus pacientes que tipo de pelvis tienen?	2	2	0	0	0
6.-	¿Las pacientes comprenden lo que usted les informa?	1	3	0	0	0
7.-	¿Le explica a sus pacientes que es la presentación fetal?	2	1	1	0	0
8.-	¿Le explica a sus pacientes que pueden existir complicaciones por la presentación fetal?	1	0	3	0	0
9.-	¿Las pacientes que usted atiende regularmente tienen parto vaginal?	0	3	1	0	0
10.-	¿Utiliza oxitocina con la paciente en trabajo de parto?	2	1	1	0	0

¡Mil gracias por su tiempo!