



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

***INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL ALUMBRAMIENTO ACTIVO
COMO ESTRATEGIA PARA PREVENIR
LA HEMORRAGIA POSPARTO EN LA COMUNIDAD DE ACATEPEC, GUERRERO.***

T E S I N A

PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DIANA RUT CRUZ GÓMEZ

CON LA ASESORIA DE LA:

MTRA. LILIANA GONZÁLEZ JUÁREZ



MÉXICO D.F.

MAYO 2014.



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.

AGRADECIMIENTOS

A la máxima casa de estudios Escuela Nacional de Enfermería Y Obstetricia de la UNAM por brindarme la calidad de mi formación académica.

Al Programa Universitario México Nación Multicultural PUMC por el apoyo e interés que mostro durante el transcurso de la Licenciatura.

A los docentes quienes me motivaron y guiaron durante la licenciatura. A mi asesora Liliana González y jurado por la participación en esta Tesina.

Al Hospital Comunitario de Acatepec y a todo el personal que labora en ella, gracias a los Médicos y Enfermeros por haber compartido un año de experiencia y diversión.

DEDICATORIAS

A mis padres: Anita y Alberto por darme la oportunidad de dar un paso más en mi formación académica.

A mi familia quienes hicieron que fuera posible la culminación de esta Tesina.

Al Dr. Juan Carlos Pastrana Tapia por compartir sus conocimientos durante la realización del servicio social y por la gran amistad brindada.

A Dr. Israel Martínez por su gran amistad y por hacer del servicio social algo divertido.

A mis amigos y familias por haber vivido momentos inolvidables y por hacerme sentir parte de ellos.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	11
1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. Planteamiento del Problema	13
1.2. Justificación	17
1.3. Objetivo General	18
1.4. Objetivo específico	18
2. MARCO TEÓRICO	19
2.1. Antecedentes	19
2.2. Mecanismos del trabajo de parto	21
2.3. Primer y segundo periodo de trabajo de parto	24
2.4. Tercer Periodo del Trabajo del Parto o Alumbramiento	24
2.5. Manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto	26
2.5.1. Fármacos uterotónicos	26
2.5.2. Tracción controlada del cordón	27
2.5.3. Manejo del fondo uterino	27
2.6. Hemorragia posparto	27
2.6.1. Factores de riesgo	28
2.6.1.1. Prenatales	28
2.6.1.2. Perinatales	28

2.6.1.3.	Durante el trabajo de parto	29
2.6.2.	Etiología	29
2.6.2.1.	Tono	29
2.6.2.2.	Tejido	30
2.6.2.3.	Trauma	31
2.6.2.4.	Trombina	33
2.6.3.	Cuadro clínico de la hemorragia posparto	34
2.6.4.	Diagnóstico	35
2.6.5.	Tratamiento	35
2.6.5.1.	Farmacológico	37
2.6.5.2.	Quirúrgico	38
2.6.5.3.	Profiláctico	39
2.7.	Literatura relevante	42
3.	METODOLOGIA	46
3.1.	Diseño Metodológico	46
3.2.	Población	46
3.3.	Escenario	46
3.4.	Método de Intervención	46
3.4.1.	Proceso de Atención de Enfermería	47
3.4.1.1.	Valoración	47
3.4.1.1.1.	Procedimiento de admisión	48
3.4.1.1.2.	Identificación del trabajo de parto	48

3.4.1.1.3.	Signos vitales y revisión del expediente gestacional	49
3.4.1.1.4.	Partograma	50
3.4.1.1.5.	Calculo de la edad gestacional	50
3.4.1.1.6.	Altura del fondo uterino	51
3.4.1.1.7.	Diagnóstico de la presentación y posición fetales	52
	3.4.1.1.7.1. Palpación abdominal: maniobras de Leopold	52
	3.4.1.1.7.2. Tacto vaginal	53
3.4.1.1.8.	Monitorización electrónica del feto	54
	3.4.1.1.8.1. Monitorización electrónica externa	54
	3.4.1.1.8.2. Características de la frecuencia cardiaca durante el segundo periodo del trabajo de parto	55
	3.4.1.1.8.3. Monitorización del feto al ingreso hospitalario en embarazo de bajo riesgo	55
	3.4.1.1.8.4. Vigilancia del bienestar fetal durante el trabajo de parto	55
3.4.1.1.9.	Exploración vaginal	56
3.4.1.1.10.	Detección de rotura de membranas	56
3.4.1.1.11.	Exploración del cuello uterino	56
3.4.1.1.12.	Estudios de laboratorio	57
3.4.1.1.13.	Vigilancia de la actividad uterina durante el parto	58

3.4.1.1.13.1.	Vigilancia manual	58
3.4.1.1.13.2.	Vigilancia electrónica	58
3.4.1.1.13.3.	Características de la actividad uterina	59
3.4.1.1.14.	Signos vitales maternos	59
3.4.1.1.15.	Exploración vaginal subsiguientes	59
3.4.1.1.16.	Solución intravenosa	59
3.4.1.1.17.	Alimentos por vía oral	60
3.4.1.1.18.	Posición de la madre	60
3.4.1.1.19.	Amniotomía	60
3.4.1.1.20.	Función de la vejiga	61
3.4.1.1.21.	Episiotomía	61
3.4.1.1.22.	Preparación para el parto	62
3.4.1.2.	Diagnósticos enfermeros	62
3.4.1.2.1.	Dominio 1: promoción de la salud	62
3.4.1.2.2.	Dominio 2: nutrición	63
3.4.1.2.3.	Dominio 3: eliminación e intercambio	63
3.4.1.2.4.	Dominio 4: actividad/reposo	63
3.4.1.2.5.	Dominio 5: percepción/cognición	64
3.4.1.2.6.	Dominio 7: rol/relaciones	64
3.4.1.2.7.	Dominio 8: sexualidad	64
3.4.1.2.8.	Dominio 9: afrontamiento/tolerancia al estrés	65
3.4.1.2.9.	Dominio 11: seguridad/protección	65

3.4.1.2.10.	Dominio 12: confort	66
3.4.1.3.	Planeación de cuidados	67
3.4.1.4.	Intervenciones de enfermería adaptadas de acuerdo al NIC	80
3.4.1.4.1.	Cuidados prenatales	81
3.4.1.4.2.	Preparación al parto	82
3.4.1.4.3.	Cuidados intraparto	83
3.4.1.4.4.	Cuidados intraparto: parto de alto riesgo	86
3.4.1.4.5.	Parto	87
3.4.1.4.6.	Inducción al parto	89
3.4.1.4.7.	Cuidados del recién nacido	90
3.4.1.4.8.	Cuidados posparto	92
3.4.1.4.9.	Control de hemorragias	93
3.4.1.4.10.	Disminución de la hemorragia: útero posparto	94
3.4.1.4.11.	Reposición de líquidos	95
3.4.1.4.12.	Ayuda en la lactancia materna	95
3.4.1.4.13.	Baño	96
3.4.1.4.14.	Cuidados perineales	98
3.4.1.4.15.	Ayuda con los cuidados: vestir/arreglo personal	98
3.4.1.4.16.	Control de infecciones	99
3.4.1.5.	Ejecución	100
3.4.1.6.	Evaluación	100

4.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA	101
5.	Anexos	106
5.1.	Marco referencial	106
5.1.1.	Condicionantes de salud	106
5.1.1.1.	Población	106
5.1.1.2.	Medio ambiente	107
5.1.1.3.	Saneamiento básico	108
5.1.1.4.	Aspectos socioeconómicos	108
5.1.2.	Estado de salud de la población	109
5.1.2.1.	Daños a la salud	109
5.1.2.2.	Factores o acciones de prevención	111
5.1.2.3.	Riesgos para la salud	112
5.1.2.4.	Infraestructura en la salud	113
5.1.2.4.1.	Recursos humanos	113
5.1.2.4.2.	Participación social	114
5.1.2.4.3.	Medicina tradicional	114
5.1.2.4.4.	Parteros, hueseros y curanderos	115
5.2.	Instrumento de valoración	116
5.3.	Consulta de control prenatal	120
5.4.	Atención de parto	123
5.5.	Registros de nacimientos	127
5.6.	Registros de control prenatal	135

6.	GLOSARIO DE TERMINOS	138
7.	REFERENCIAS	143

INTRODUCCIÓN

Este trabajo aborda la problemática que existe sobre la morbilidad materna causada por hemorragia posparto, por tal motivo se realizó la siguiente tesina con el título: “Intervenciones de Enfermería en el Alumbramiento Activo como estrategia para prevenir la Hemorragia Posparto en la comunidad de Acatepec, Guerrero.” Con la finalidad de ayudar a disminuir el índice de mortalidad materna sobre todo en los estado de extrema pobreza como es el caso de Guerrero.

El lector encontrará en primera instancia el planteamiento del problema en donde se hace el análisis de la problemática a investigar ya que es un tema preocupante que está afectando en su mayoría a los países en vías de desarrollo y que a pesar de que varias instituciones y organizaciones han realizado convenios para la disminución de las muertes maternas, por ahora no han logrado alcanzar los objetivos propuestos del milenio¹. Y en la justificación se mencionan los beneficios de la implementación del alumbramiento activo en el tercer periodo de trabajo de parto.

En seguida conocerá la fisiología de los periodos del trabajo de parto en donde se explica que el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto consiste en la aplicación de un fármaco uterotónico, la tracción controlada del cordón y el masaje del fondo uterino.

El lector conocerá los factores de riesgos que están relacionadas con la hemorragia posparto, como son: los prenatales, perinatales y durante el trabajo de parto. Y para saber actuar ante una situación como esta se habla sobre cómo detectar rápidamente el diagnóstico de la hemorragia posparto.

Se menciona como la Organización Mundial de la Salud (OMS) conjuntamente con el Sistema de Salud Cubano han realizado varias investigaciones sobre la implementación del alumbramiento activo y sus beneficios.

En el capítulo tres se presenta el método de intervención para la práctica conocido como Proceso de Atención en Enfermería (PAE), se describe la forma en que se valoró a las pacientes que llegaban al hospital con trabajo de parto en fase activa o en periodo expulsivo, al igual que los diagnósticos enfermeros que comúnmente presentaban las mujeres, además se incluyen algunas intervenciones de enfermería para cuidados específicos durante el trabajo de parto, parto y posparto.

Por último en las conclusiones se describen las reflexiones que obtuvimos durante el periodo en que fue implementada la técnica de alumbramiento activo, la cual fue favorable y beneficiosa para las pacientes.

La propuesta de intervención, se desarrolló a partir de nueve capítulos que a continuación se presentan: el primer capítulo habla sobre la fundamentación de la intervención, la cual consta de descripción de la situación problema, se justifica el tema y se plantean los objetivos generales y específicos.

El segundo capítulo se centra en el marco teórico, empieza con los antecedentes en donde se habla de las organizaciones existentes para combatir la mortalidad materna, enseguida se explica los periodos del trabajo de parto poniendo mayor interés en el tercer periodo o también conocido como alumbramiento, se explica de forma detallada el manejo activo de ese mismo periodo, y proseguimos a enfocarnos en la hemorragia posparto, se abordan los factores de riesgo, la etiología, así como el cuadro clínico, el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia posparto.

La literatura relevante es un apartado del segundo capítulo, aquí se mencionan las investigaciones que se han realizado a nivel mundial para fundamentar la práctica del alumbramiento activo en el tercer periodo del trabajo de parto.

En el tercer capítulo se menciona la metodología de la investigación, se explica el diseño metodológico, la población de estudio, el escenario, el método de intervención de enfermería denominado proceso atención de enfermería (PAE) tomando en cuenta las cinco etapas del PAE; valoración obstétrica, la realización de diagnósticos enfermeros basados en las necesidades detectadas durante la valoración, se pasó a la siguiente etapa, la planeación de cuidados; se establecen acciones que van encaminadas a la mejora del paciente, en la ejecución es la etapa donde se lleva a cabo toda la planeación y por último la evaluación.

Los siguientes capítulos que son el cuatro corresponden a las conclusiones de la propuesta de intervención y las recomendaciones para la práctica.

Se espera que este trabajo contenga de manera clara las intervenciones de Enfermería Obstétrica, así mismo sirva de guía de manera precisa y eficaz ante la presencia de las pacientes que estén cursando el diagnóstico de hemorragia posparto, y mejor aún aumentar el tratamiento profiláctico para poder contribuir en la disminución de las muertes maternas.

I FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)² expone que en el mundo en desarrollo el riesgo que una mujer padece de morir por causas relacionadas con la maternidad es de 1 entre 76 personas y en países industrializados la probabilidad es de 1 entre 8 000 mujeres.

“A modo de comparación, el riesgo de muerte por causas relacionadas con la maternidad a lo largo de toda la vida es de tan solo 1 entre 47 600 para una madre de Irlanda, y de 1 entre 7 en el Níger, el país que registra el mayor riesgo de por vida de muerte materna”².

La UNICEF² refiere que en el 2005, el riesgo que padecen de por vida las mujeres de los países menos adelantados de morir como resultado de complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto es 300 veces mayor que en el caso de las mujeres que viven en países industrializados.

Dicha organización ha señalado que existen muchos factores subyacentes en el ámbito comunitario, de los distritos y del hogar que afectan a la salud y a la supervivencia de las madres y los recién nacidos. Entre ellos los más comunes son:

“La falta de educación y de conocimientos, los hábitos de salud materna y neonatal inadecuados y la incapacidad de buscar atención médica cuando se requiere, el acceso insuficiente a alimentos nutritivos y micronutrientes esenciales, unas instalaciones de salud medioambiental deficientes, unos servicios de atención sanitaria básica inadecuados, y el acceso limitado a servicios de maternidad, en especial a la atención obstétrica de emergencia y la atención neonatal. Existen también factores básicos, como la pobreza, la exclusión social y la discriminación por razones de género, que exacerbaban tanto las causas directas como las causas subyacentes de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal”².

El documento que emite la UNICEF nos indica² que otros factores igual de suma importancia es la limitación al acceso de los servicios de calidad, a establecimientos sanitarios de personal calificado de salud, por tal motivo los países que presentan más casos de mortalidad materna son los que cuentan con menos personal calificado en los partos y de alumbramientos. Cabe mencionar que muchas mujeres que sobreviven al alumbramiento sufren lesiones, infecciones,

enfermedades y el peor de los casos discapacidades relacionadas con el embarazo que pueden ser evitables

La UNICEF² señala que los estudios demuestran que aproximadamente el 80% de las muertes maternas podrían evitarse si las mujeres tuvieran acceso a los servicios esenciales de salud materna y una atención sanitaria básica.

Según estadísticas del Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo Social (CONEVAL):

“En México, la estimación de la Razón de la muerte materna (RMM) para 1990 ascendía a 89 por cien mil nacidos vivos, cifra que disminuyó a 72.6 en 2000 y a 55.6 en 2007; estos registros implican una reducción de 37.5 por ciento en 17 años. En promedio, el progreso ha sido de 2.2 puntos porcentuales por año, y aunque se ha logrado una mayor reducción a partir del año 2006 (5.2%) –consiguiéndose en 2007 la segunda reducción más importante en los últimos 5 años–, este ritmo no será suficiente para alcanzar la meta establecida para el 2015, para lo cual se requiere avanzar con una reducción anual de al menos 7.7 %”³.

El CONEVAL³ sugiere que en México se deberían presentar 417 defunciones maternas cada año de acuerdo a las metas establecidas para el 2015. Sin embargo, en la actualidad de los 2.1 millones de embarazos que se producen cada año, alrededor de 300 mil mujeres presentan complicaciones obstétricas y 30 000 mil mujeres quedan con secuelas obstétricas que posteriormente se convierten en discapacidades, llegando a fallecer anualmente, 1 100 mujeres lo que provoca una secuela social de 3 000 huérfanos cada año.

“En el período 2000-2004 el estado de México contribuyó con la sexta parte de las muertes maternas ocurridas en el país de la cual el 75% pudieron ser evitables. Otros estados que presentaron otra sexta porción fueron Veracruz y el Distrito Federal.

En los estados de Oaxaca, Chiapas, Puebla, Guerrero, Veracruz, Distrito Federal y Estado de México ocurrieron más del 50% de las muertes totales para el mismo período, mientras que Querétaro, San Luís Potosí, Tlaxcala e Hidalgo, aunque presentaron en conjunto alrededor de 100 muertes maternas anuales, casi el 65% de ellas fueron evitables”³.

Los aspectos antes mencionados me llevan a plantear la hipótesis de que la hemorragia posparto es una de las complicaciones más concurrentes en el área de la obstetricia y una de las causas más frecuentes de morbilidad materna en el mundo y que los más afectados

son las zonas rurales por las condiciones en las que viven como veremos más adelante en el caso de Acatepec.

“La hemorragia posparto inmediata o temprana supone el 99% de todas las hemorragias puerperales en el mundo. Su frecuencia va en aumento, de tal forma que la prevalencia actual en los países desarrollados se encuentra entre el 5 y el 18% de los nacimientos, y su importancia radica en que continua siendo la causa aislada más importante de morbilidad en países desarrollados y de mortalidad materna en el mundo, y en el hecho de que el 80% de ellas serían evitables con la instauración de estrategias preventivas”⁴.

“En los países en vías de desarrollo, es la primera causa de muerte materna, puesto que la tasa de mortalidad materna se sitúa entre 1 y 10/1 000 nacimientos”⁵.

El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC)⁶ define a la hemorragia posparto como una pérdida sanguínea de más de 500 ml en un parto por vía vaginal y 1 000 ml en una cesárea.

“De acuerdo a su etiología la hemorragia posparto primaria se define por la caída de 10% o más del hematocrito o pérdidas sanguíneas de más de 500 ml, en parto vaginal, o mayores a 1 000 en la cesárea. La hemorragia posparto secundaria correspondería a esas mismas situaciones pero pasadas las primeras 24 horas tras el parto. El puerperio inmediato (primeras 24 horas tras el parto) constituye el periodo crítico, pues casi el 90% de los fallecimientos ocurre en las primeras 24 horas posparto”⁷.

De acuerdo con las estadísticas que se manejan en la jurisdicción sanitaria de la ciudad de Tlapa Guerrero⁸, durante el año 2011 se presentaron alrededor de 20 muertes maternas en comparación del 2012 que se presentaron 12 defunciones.

El procedimiento de alumbramiento activo se llevó a cabo en los servicios de salud de primer nivel de la comunidad de Acatepec.

La Población del municipio se conforma de 32 000 habitantes (Referencias del Ayuntamiento Municipal), de este total de población, 20 000 son mujeres y 10 000 se encuentran en edad fértil. Según estos cálculos se deben producir más de 7 000 nacimientos cada año. La mayoría de los alumbramientos son asistidos por parteras o familiares. Es importante mencionar que la población de este municipio es indígena, específicamente del grupo Tlapaneco. Las condiciones de vida de este grupo indígena son marginales, de muy bajo nivel educativo y con costumbres que en ocasiones obstaculizan o van en contra de las acciones que promuevan su bienestar.

Debido a las condiciones socioeconómicas antes mencionadas, las mujeres que habitan en el municipio de Acatepec se enfrentan ante varios factores de riesgo, entre ellos, el inadecuado

control prenatal, características culturales que favorecen el embarazo durante la adolescencia, pacientes que llagan a los servicios de salud en periodo expulsivo. Estos factores de riesgo tienen consecuencias que sufren las mujeres antes, durante o después del parto. Por lo tanto, las principales causas de hemorragia posparto que se presentan en Acatepec son: la atonía uterina, retención de restos placentarios, los desgarros del canal de parto y acretismo placentario.

Estos y otros padecimientos podrían ser tratados o evitables con una buena atención hospitalaria, en el momento necesario. Pero existen otros factores como el difícil acceso a los servicios de salud, sin adecuados y suficientes medios de transporte, lo que juega un papel muy importante para que una mujer pueda acceder a una revisión o atención médica oportuna. De igual manera, el transporte de emergencias no puede acceder a los hogares porque la única vía de comunicación es una vereda, en la mayoría de los casos, situación que se agrava en caso de mal tiempo. Además las personas no cuentan con recursos económicos suficientes como para cubrir los costos del traslado. En algunas ocasiones la falta del personal debidamente capacitado y la ausencia del manejo de la transfusión sanguínea puede ser otro factor que causa la muerte.

Se presenta la propuesta de intervención sobre el alumbramiento activo para disminuir la hemorragia post parto en el municipio de Acatepec.

Justificación

La técnica del alumbramiento activo del tercer periodo del parto, se lleva a cabo como una medida para prevenir cualquier complicación de hemorragia posparto, establecida dentro del programa Arranque Parejo en la Vida, en el Hospital Comunitario del Municipio de Acatepec, en el estado de Guerrero.

La atención del parto durante el tercer periodo, debe ser realizado por personal de salud altamente capacitado. Esta acción pretendió atender principalmente a las pacientes que cursan el diagnóstico de puerperio fisiológico inmediato; con el propósito de disminuir la hemorragia posparto. De acuerdo a la revisión de la literatura, la hemorragia posparto es un problema a nivel mundial, por tal motivo varios países como: Cuba, Chile y Ecuador⁹ han llevado a la práctica la implementación del alumbramiento activo en el tercer periodo del parto, en donde se ha notado la disminución de la mortalidad materna.

La implementación del manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto, en el hospital comunitario de la población de Acatepec, ayudará en gran manera a disminuir los índices de muerte materna causadas por hemorragia posparto, de esta manera se podrá beneficiar principalmente a las mujeres en edad fértil y por ende el mantenimiento del núcleo familiar y social. Todo lo anterior pretende incidir en la calidad de atención que se le brindará a este colectivo.

Esta investigación pretende identificar la relación del alumbramiento activo sobre la prevención de hemorragia en la tercera etapa del parto y finalmente en la disminución de las muertes maternas.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

- Describir las intervenciones de enfermería en el alumbramiento activo como estrategia para prevenir la hemorragia posparto y evitar la muerte de las puérperas en la comunidad de Acatepec, Guerrero.

1.2.2. Objetivo Especifico

- Analizar el tipo de complicaciones que presentan las mujeres que acuden a la atención del trabajo de parto.
- Valorar a las pacientes durante el trabajo de parto para adquirir óptimos resultados en el puerperio fisiológico inmediato.
- Planear intervenciones de enfermería encaminadas a la prevención de la hemorragia posparto.
- Emplear las intervenciones de enfermería en el alumbramiento activo para prevenir la hemorragia posparto.
- Evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería en el alumbramiento activo para prevenir la hemorragia posparto.

II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

“La definición de mortalidad materna, según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la 10ª Revisión de la clasificación Internacional de Enfermedades ICD-10 se considera aquella muerte de una mujer en el curso de la gestación y durante el plazo de 42 días después de su terminación, por cualquier causa determinada o agravada por el embarazo o por su asistencia, pero no por causas accidentales ni fortuitas”¹⁰.

En el programa denominado Desarrollo del Milenio¹⁰, propuesto por la OMS, FIGO, ICD-10 se consideran cinco objetivos muy importantes. El quinto objetivo de este programa consiste en la reducción de la mortalidad materna, también evidencia el compromiso mundial respecto de este tema.

Cabe decir que si bien se ha incrementado el conocimiento sobre la manera de prevenir y evitar esa tragedia, la mortalidad y/o las discapacidades maternas siguen siendo serios problemas en casi todo el mundo, principalmente en los países en vías de desarrollo.

“La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994) y La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995, reconocen que la maternidad sin riesgo es un componente esencial del desarrollo. Además, La Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgo (1987), la Cumbre Mundial en favor de la Infancia (1990), la Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer (1995) establecieron la reducción de la mortalidad materna en 50% para el año 2000 como objetivo principal, así mismo reafirmaron la importancia de monitorear el progreso de los resultados positivos a fin de reducir la mortalidad materna e infantil”¹⁰.

“Los programas y acuerdos antes mencionados, tienen como objetivo a corto plazo, esto significa antes del 2015; lograr una disminución del 75% respecto de los índices de mortalidad materna registrados en 1990, también lograr antes de 2015 que un 90% del total de partos reciba atención por personal calificado”^{10,1}.

“Como bien sabemos la situación de cada país y cada continente es diferente. En el caso de América Latina y el Caribe (ALC), la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana adoptó una meta a medio plazo para reducir la mortalidad materna a menos de 100

defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos. Con esto se pretende contrarrestar el problema que hoy nos ocupa”¹⁰.

“Es complicado conocer las cifras exactas de muertes maternas y perinatales por varios factores. Algunos de los aspectos que pueden matizar la situación real son: el subregistro de las defunciones maternas, esta situación produce una falta de datos confiables, es esperable que esto suceda con mayor frecuencia en los países en vías de desarrollo”¹⁰.

De acuerdo a lo señalado en el párrafo anterior hago mención que el problema del subregistro de las muertes maternas es aún mayor en las zonas rurales, por ejemplo en las clínicas o centros de salud de las zonas aisladas de la República Mexicana, en donde generalmente acuden personas de escasos recursos económicos como los indígenas y migrantes

“El contexto de esta situación en México ubica dentro de las principales causas de mortalidad asociados a la muerte materna, son los trastornos hipertensivos del embarazo y las hemorragias durante el embarazo, el parto y el puerperio. Es importante señalar, sin embargo, que el predominio de ciertas causas depende del contexto social y cultural”¹¹.

“En las zonas urbanas casi la mitad de las muertes maternas se debe a complicaciones del embarazo, dentro de las que destaca la preeclampsia. En los estados más desarrollados por ejemplo: el Distrito Federal, Jalisco, Sinaloa, entre otros que se encuentran ubicados en la zona centro y norte del territorio mexicano, las muertes maternas se deben a padecimientos sistémicos subyacentes, como la diabetes, que se ven agravados por la maternidad (causas obstétricas indirectas)”¹¹.

Las causas de las muertes maternas en las zonas urbanas son diferentes a las que podemos enfrentar en las zonas rurales. Por ejemplo en las áreas rurales se presentan más las causas obstétricas directas como las hemorragias. Y un buen modo de evitar este problema sería mejorar tanto el acceso como la calidad y la oportunidad de una atención del parto y el puerperio. Aunque existen factores como las condiciones geográficas en las que se encuentran las poblaciones que hacen más complicada la situación.

“Un problema nacional que es necesario atender de manera prioritaria es el de los embarazos en adolescentes. En las instituciones públicas de salud 21% de los partos atendidos en 2005 fueron en menores de 20 años y casi 7,289 ocurrieron en niñas de 10 a 14 años de edad. El riesgo de morir de las adolescentes que se embarazan es 1.2 veces mayor que el de las embarazadas mayores de 20 años”¹¹.

El Programa Nacional de Salud (PRONASA) dice:

“que las entidades con problemas de mortalidad materna más serios son Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Nayarit y Oaxaca, que presentan cifras de razón de mortalidad materna superiores a 80 por 100,000 nacidos vivos. En 2005 se presentaron en el país 1,242 muertes maternas. De este total, 67.7% ocurrieron en mujeres sin seguridad social y 19%, fuera de una unidad médica (hogar, vía pública). El riesgo de fallecer de una embarazada en Guerrero fue dos veces mayor que el promedio nacional y cinco veces mayor que el de las embarazadas de Nuevo León”¹¹.

El estado de Guerrero está ubicado al sureste de la república mexicana, está conformado por 7 regiones o divisiones geoculturales, es uno de los estados que presenta un alto índice de mortalidad materna. Las razones de las muertes maternas que se presentaron durante el periodo 2006-2012 fueron: hemorragia obstétrica, inversión uterina, anemia severa, puerperio tardío, embarazo ectópico, retención placentaria, embarazo molar, acretismo placentario, choque hipovolémico y preeclampsia.

Para poder contrarrestar el problema de las muertes maternas a continuación veremos los periodos del trabajo de parto y pondremos énfasis en el tema de la hemorragia posparto para que con base en esta información podamos dar tratamiento y atención adecuada a las mujeres que cursen este proceso fisiológico.

Antes de empezar a hablar de los periodos del parto es de suma importancia explicar las posibles formas en las que se puede acomodar un feto a esto se le llama mecanismo del trabajo del parto.

2.2. Mecanismos del trabajo de parto

“Al inicio del trabajo del parto es crítica la posición del feto con respecto del nacimiento para la vía en que ocurrirá éste. En consecuencia, la posición del feto dentro de la cavidad uterina debe determinarse al principio del trabajo de parto. La orientación del feto en relación con la pelvis materna se describe con los términos situación, presentación, actitud y posición”¹².

Situación fetal

“La relación entre el eje longitudinal del feto respecto del de la madre se denomina situación fetal, y puede ser longitudinal o transversa. En ocasiones, los ejes fetal y materno se cruzan en un Angulo de 45° y originan una situación oblicua, que es inestable y siempre se transforma en longitudinal o transversa durante el trabajo de parto. Se

encuentra una situación longitudinal en más de 99% de los trabajos de parto a término. Factores predisponentes para la situación transversa incluyen multiparidad, placenta previa, polihidramnios y anomalías uterinas”¹².

Presentación fetal

“La parte que se presenta es aquella porción del cuerpo fetal que está más avanzada dentro del conducto del parto o en su máxima proximidad. Se puede percibir a través del cuello uterino por tacto vaginal.

Por lo tanto, en situaciones longitudinales la parte que se presenta es la cabeza o la pelvis, que dan lugar a las presentaciones cefálica y pélvica, respectivamente. Cuando el feto yace con el eje longitudinal en localización transversa, la parte que se presenta es el hombro y se percibe a través del cuello uterino en la exploración vaginal”¹².

Presentación cefálica

“Se clasifica según sea la relación entre la cabeza y el cuerpo del feto. Por lo regular, la cabeza está muy flexionada, de tal manera que la mandíbula entra en contacto con el tórax. La fontanela occipital es la parte que se presenta y da lugar a la presentación de vértice u occipucio. Con mucho menos frecuencia, el cuello fetal puede estar muy extendido y por consiguiente el occipucio y el dorso entran en contacto y la frente es la porción más avanzada dentro del conducto del parto, lo que corresponde a la presentación de cara”¹².

“La cabeza fetal puede asumir una posición entre estos dos extremos: parcialmente flexionada en algunos casos, en la presentación de la fontanela anterior (grande) o bregma, la llamada presentación de sincipucio, o en parte extendida para la denominada presentación de frente”¹².

“El feto a término tiene casi siempre una presentación de vértice, lo cual resulta lógico si se considera que el útero posee una configuración piriforme. Aunque la cabeza fetal a término es un poco mayor que la pelvis, todo el polo podálico, esto es, la pelvis y sus extremidades flexionadas, tiene mayor volumen y movilidad que el polo cefálico. El polo cefálico está constituido sólo por la cabeza del feto. Hasta casi las 32 semanas, la cavidad amniótica es grande en comparación con la masa fetal y no hay acumulación de partes fetales por cercanía de las paredes uterinas”¹².

Presentación pélvica

“Cuando el feto muestra una presentación pélvica, sus tres variantes generales corresponden a presentaciones franca, completa y podálica. Esta presentación puede ser efecto de circunstancias que evitan que ocurra la versión normal, por ejemplo un tabique que protruye hacia la cavidad uterina. Una peculiaridad de la actitud fetal, en particular la extensión de la columna vertebral, como sucede en las presentaciones pélvicas francas, podría evitar también que el feto cambie de posición. Si la placenta se implanta en el segmento uterino inferior, puede distorsionar la anatomía intrauterina normal y tener como consecuencia una presentación pélvica”¹².

Actitud o postura fetales

“En los últimos meses del embarazo, el feto adopta una postura característica que se describe como actitud o hábito. Como regla, el feto conforma una masa ovoide que corresponde de manera general a la configuración de la cavidad uterina. El feto se dobla o flexiona sobre sí mismo, de tal forma que la espalda adquiere una marcada convexidad; la cabeza se flexiona acusadamente, de manera que el mentón casi se encuentra en contacto con el pecho; los muslos se flexionan sobre el abdomen, y las piernas se doblan a la altura de las rodillas. En las presentaciones cefálicas, los brazos suelen cruzarse sobre el tórax o ubicarse de modo paralelo a los lados, mientras el cordón umbilical yace en el espacio entre ellos y las extremidades pélvicas. Esta postura característica es producto de la forma de crecimiento del feto y su acomodación dentro de la cavidad uterina”¹².

“Hay excepciones anormales de esta actitud a medida que la cabeza fetal se torna cada vez más extendida con respecto a la vértice con tendencia a la presentación facial, lo que ocasiona un cambio progresivo de la actitud a partir de un contorno convexo (flexionado) hasta uno cóncavo (extendido) de la columna vertebral”¹².

Posición fetal

“Es la relación de una porción arbitrariamente elegida de la presentación respecto del lado derecho o izquierdo del conducto del parto. Con cada presentación puede haber dos variedades de posición, derecha o izquierda. El occipucio, el mentón y el sacro fetales son los puntos determinantes en las presentaciones de vértice, cara y pélvica, respectivamente. Debido a que la presentación puede adoptar las formas deposición izquierda derecha, hay variedades occipitales, mentonianas y sacras izquierda y derecha, que se abrevian como LO (left occipital) y RO (right occipital), LM (left mental) y RM (right mental), LS (left sacral) y RS (right sacral), respectivamente”¹².

2.3. Primer y segundo periodo del trabajo de parto

El trabajo de parto se divide en tres periodos: la fase latente, fase activa y el del alumbramiento.

Primer periodo del trabajo del parto:

“Friedman inicio un abordaje científico (1954) al describir un patrón sigmoideo característico del trabajo de parto mediante la graficación de la dilatación del cuello uterino con respecto al tiempo. Este método grafico basado en observaciones estadísticas cambio la atención del trabajo del parto. Friedman creo el concepto de tres divisiones funcionales del trabajo de parto para describir los objetivos fisiológicos de cada una”¹².

1. “Durante el periodo preparatorio, aunque el cuello se dilata poco, sus componentes de tejido conectivo se modifican en grado considerable.
2. La división de dilatación, durante la cual la dilatación avanza a su tasa más rápida, no se modifica por la sedación o la analgesia regional.
3. La división pélvica se inicia con la fase de desaceleración de la dilatación del cuello uterino”¹².

Segundo periodo del trabajo del parto:

“Esta fase comienza cuando se completa la dilatación del cuello uterino y termina con el nacimiento del feto. Su duración promedio se aproxima a 50 min en nulíparas, y alrededor de 20 min en multíparas, pero es muy variable”¹².

2.4. Tercer periodo del trabajo de parto o alumbramiento

“El alumbramiento, tercer periodo del parto, comienza desde la salida del recién nacido hasta la expulsión completa de la placenta y membranas fuera de la vulva. La duración de esta fase no será mayor de 15 minutos (el 90% de placentas se expulsan entre los 5-10 primeros minutos) y la perdida sanguínea no deberá exceder los 500 cc”¹³.

Según Rosenvasser¹⁴, el mecanismo del alumbramiento está comprendido de cuatro periodos y son los siguientes; periodo del reposo clínico, desprendimiento placentario, el descenso y expulsión de la placenta, lo cual se explicara a continuación.

Primer periodo: periodo de reposo clínico:

“Se le denomina periodo del reposo clínico al lapso transcurrido entre la expulsión fetal y el desprendimiento de la placenta, en donde el útero presenta fuertes contracciones rítmicas, que continúan a las del parto sin ninguna interrupción y de intensidad y frecuencia semejante a aquellas. Son indoloras, porque no producen distensión (dilatación), ni isquemia prolongada, que son los dos factores determinantes del dolor de las contracciones uterinas p[er]tinentes. Dejan de registrarse al pasar la placenta al segmento inferior”¹⁴.

Segundo periodo: desprendimiento placentario:

“Expulsado el feto, el útero se retrae, poniendo en contacto sus paredes y convirtiendo en virtual su cavidad. La placenta adherida al útero ve disminuida bruscamente su superficie de implantación a lo cual también contribuyen las intensas contracciones uterinas: como la placenta no se contrae ni se retrae, se ve forzada a cambiar su forma. A acortarse aumentando de espesor, tornándose globulosa y de bordes gruesos.

Por un proceso de necrobiosis entre la compacta y la esponjosa de la caduca uterina se ha formado un verdadero plano de clivaje, de tal manera que junto al corion se expulsará adherida la compacta. Al continuar las contracciones, la falta de paralelismo entre la superficie placentaria es tal que la placenta comienza a desprenderse. Ese desprendimiento puede iniciarse en el centro o en los bordes”¹⁴.

Tercer periodo del alumbramiento: descenso:

“La acción incesante de las contracciones uterinas, el propio peso de la placenta desprendida (acción de la gravedad) y el del hematoma retroplacentario hacen que la placenta se expulse del cuerpo uterino y caiga en el segmento inferior, que se encontraba flácido y plegado; al llenarlo lo distiende y el cuerpo del útero vacío, muy duro y globoso, eleva el fondo uterino 3 ó 4 cm, en seguida prosigue la retracción uterina, mediante el cual las fibras musculares de la capa media estrangulan los vasos: ligaduras vivientes de Pinard, formándose microtrombos asépticos en la luz de los mismos.

Ulteriormente la placenta recorre el cuello uterino y cae en la vagina, clínicamente apreciamos su llegada al segmento inferior por la elevación uterina: su pasaje a la vagina se advierte porque nuevamente el fondo uterino desciende”¹⁴.

Cuarto periodo: expulsión de la placenta:

“En la vagina la placenta comienza a abombar el perineo, comprime el recto, sobreviene sensación de pujo y, coadyuvando con las contracciones expultrices, la prensa abdominal hace que la placenta y las membranas entreabran la vulva y salgan al exterior”¹⁴.

2.5. Manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto

Las técnicas que incluyen el manejo activo del tercer periodo del parto es la utilización de un fármaco uterotónico que se le aplica vía intramuscular a la madre inmediatamente que nazca el hombro superior del feto, seguido de la tracción controlada del cordón umbilical y finalizara con el adecuado masaje uterino.

Las ventajas al realizar este procedimiento son las siguientes:

- ✓ Contracciones uterinas rítmicas y consistentes
- ✓ Ayuda a la expulsión de la placenta de manera espontanea
- ✓ Evita la atonía uterina
- ✓ Previene la hemorragia posparto

2.5.1. Fármacos uterotónicos

“Los fármacos uterotónicos pueden administrarse en cuando salga el hombro anterior fetal. Estudios recientes muestran una incidencia menor de hemorragia posparto en pacientes que reciben oxitocina (en dosis bajas, ya sea por vía intramuscular o intravenosa) al momento de la salida del hombro anterior y tracción controlada del cordón”¹⁵.

“La administración rutinaria de oxitócicos durante la tercera etapa disminuye la pérdida de sangre y reduce la probabilidad de hemorragia puerperal en 40%. Puede usarse oxitocina, 10 a 20 U/L de solución salina isotónica u otra solución intravenosa en infusión lenta, o 10 U de oxitocina intramuscular”¹⁵.

“No deben administrarse en bolo, ya que las dosis altas pueden causar hipotensión. Los alcaloides derivados del cornezuelo de centeno (p.ej., maleato de metilergonovina, 0.2 mg por vía IM) también pueden usarse en forma rutinaria, pero no son más efectivos

que la oxitocina y conllevan un mayor riesgo, ya que en casos raros pueden producir hipertensión marcada”¹⁵.

2.5.2. Tracción controlada del cordón

“La maniobra de Brandt es considerada como una técnica para el manejo activo del tercer periodo del parto. La mano se coloca sobre el fondo del útero detecta la primera contracción y aprovecha esta circunstancia, no antes ni después, para realizar una presión fuerte del fondo uterino hacia abajo. Inmediatamente se hace la presión en la región suprapúbica contra el polo inferior del cuerpo mientras que con la otra mano se efectúa una tracción suave del cordón en dirección del eje del parto, de esta manera, la placenta cae al segmento uterino inferior. La entrada a la vagina y la salida posterior por tracción se facilita si se continúa la presión suprapúbica hacia el ombligo de la madre. Se considera que el manejo activo del alumbramiento disminuye la pérdida de sangre y su duración puede fluctuar entre 2 y 4 minutos”¹⁶.

2.5.3. Masaje de fondo uterino

El masaje de fondo uterino se realiza posterior al alumbramiento y durante las primeras horas del puerperio fisiológico inmediato para poder mantener una adecuada involución uterina.

“Con la expulsión de la placenta, el fondo uterino se contrae y queda por debajo del nivel umbilical. El cuerpo uterino es esencialmente la estructura miometrial que se recupera de la serosa y con la decidua basal en su inferior. La contracción miometrial produce isquemia en el útero puerperal; luego de los primeros dos días el útero involuciona rápidamente, a tal punto que luego de dos semanas ya se encuentra dentro de la excavación pélvica. Retornara a su volumen pregravídico dentro de las cuatro semanas posteriores al parto”¹⁷.

“Reafirmando este concepto, puede decirse que en el posparto inmediato el peso del útero es alrededor de 1 000 g, y como consecuencia de su involución, luego de una semana su peso es alrededor de 500 g, para volver a 300 g luego de dos semanas, y alcanzar el peso de 100 g, o menos muy rápido. El número total de células no se reduce, sino que decrece el volumen de cada célula”¹⁷.

2.6. Hemorragia posparto

Gibbs¹⁸, define la hemorragia posparto, o al menos la hemorragia significativa como el volumen de sangrado que produce signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica, o como aquella

hemorragia que tiene una magnitud tal que provocaría cambios hemodinámicos si no se tratara.

Clasificación

“Precoz: es la que tiene lugar en las primeras 24 horas tras el parto (es decir una hemorragia temprana).

Tardía: es la que se produce entre 24 horas y hasta la 6ª semana tras el parto (es decir hemorragia retrasada)”¹⁹.

2.6.1. Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo que conlleva a la hemorragia posparto son: prenatales, perinatales y durante el trabajo de parto.

2.6.1.1. Prenatales

- “Primiparidad
- Gran multípara
- Embarazo múltiples
- Anemia
- Fibromatosis uterina
- Purpura trombocitopenica
- Trastornos de coagulación maternos o fetales mal controlados
- Edad materna avanzada
- Baja estura”¹⁹⁻²¹.

2.6.1.2. Perinatales

- “Embarazo múltiple.
- Placenta previa
- Cesárea previa
- Polihidramnios

- Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta
- Óbito fetal
- Eclampsia”¹⁹⁻²¹.

2.6.1.3. Durante el trabajo de parto

- “Parto prolongado
- Inducción con oxitócica
- Parto precipitado
- Aplicación de fórceps
- Trabajo de parto prolongado
- Corioamnionitis
- Coagulación intravascular
- Embarazo gemelar
- Preeclampsia y eclampsia
- Macrosomia fetal
- Macrocefalia fetal” ¹⁹⁻²¹.

2.6.2. Etiología

Las principales causas de la hemorragia posparto son: atonía uterina, laceraciones del aparato genital, restos placentarios y defectos de la coagulación, los cuales se describen a partir de cuatro características relacionadas como son el tono, tejido, traumatismo y trombina.

2.6.2.1. Tono

Atonía uterina

“Generalmente, el cuerpo del útero se contrae inmediatamente después de la expulsión de la placenta, lo que constriñe las arterias espirales del lecho placentario recién creado y evita una hemorragia excesiva. Esta contracción muscular, antes que coagulación, evita que tenga lugar una hemorragia excesiva en la zona de implantación placentaria.

Cuando la contracción no se produce como es de esperar, la resultante atonía uterina lleva a HP²².

“Las afecciones que predisponen a atonía uterina comprenden aquellas en que se produce un engrosamiento extraordinario del útero (p.ej. el polihidramnios o el embarazo gemelar); el parto anómalo (tanto precipitado como prolongado, o aumentado como oxitocina) y afecciones que interfieren en la contracción del útero (como los leiomiomas uterinos o el sulfato de magnesio)”²².

“El diagnóstico clínico de atonía se basa en gran parte en el tono del músculo uterino con la palpación. En vez de observar un cuerpo de útero normal contraído y firme, se observa un cuerpo de útero más blando y maleable con frecuencia se define como baboso. El cuello del útero suele estar abierto. Con frecuencia, el útero se contrae brevemente cuando se masajea y solo vuelve a relajarse cuando cesa la manipulación”²².

2.6.2.2. Tejido

Retención de placenta

“Normalmente la placenta se separa del útero debido a la escisión entre la zona basal y la zona esponjosa, que esta facilitada por la contracción uterina, una vez que se ha producido la separación, las contracciones uterinas fuertes provocan la expulsión de la placenta. La retención de placenta puede darse cuando el proceso de separación o el proceso de expulsión son incompletos. Los factores que predisponen a la retención de placenta comprenden un parto por cesárea anterior, los miomas uterinos, un legrado uterino anterior y un lóbulo placentario succenturiado o accesorio”²².

“El tejido placentario que permanece en el útero puede impedir las contracciones adecuadas, lo que lleva a atonía uterina y hemorragia excesiva. Los vasos superficiales cortados o que terminen de forma brusca pueden indicar un lóbulo placentario accesorio, o succenturiado. Si se piensa que puede haber retención de placenta bien debido a la ausencia evidente de cotiledones, bien debido a una hemorragia excesiva con frecuencia la placenta puede extraerse introduciendo dos dedos por el cuello del útero hasta la cavidad uterina y manipulando el tejido retenido en sentido descendente hacia la vagina”²².

“Si esta maniobra no tiene éxito, o si existen dudas en cuando a la causa de la hemorragia, una ecografía del útero puede resultar útil. Puede practicarse un legrado con un aspirador y/o una cucharilla grande afilada para extraer el tejido retenido. Hay que procurar evitar la perforación del fondo del útero. El tejido placentario también

puede permanecer en el útero porque la placenta no se ha separado del útero con normalidad. A veces, las vellosidades placentarias atraviesan la pared uterina en mayor o menor grado”²².

Tipos de adhesión placentaria:

- “Placenta adherente (accreta): es la adhesión anómala de la placenta al revestimiento superficial del útero.
- Placenta penetrante (increta): es la penetración del musculo uterino.
- Placenta perforante (percreta): es la invasión completa a través del grosor del musculo uterino”²².

“Si una porción de la placenta se separa y el resto queda adherido, con frecuencia es necesaria una histerectomía. No obstante, normalmente conviene intentar separar la placenta mediante legrado u otro método para controlar la hemorragia (como la comprensión quirúrgica o la ligadura arterial secuencial) para tratar de evitar una histerectomía en una mujer que quiere tener hijos”²².

2.6.2.3. Trauma

Las lesiones traumáticas halladas durante el curso del parto vaginal son las siguientes

Tipos de lesiones:

- A. Desgarros del cuello uterino
- B. Desgarros de la vagina
- C. Desgarros del periné
- D. Desgarros de la vulva

“Desgarros del cuello uterino: Los desgarros del cuello uterino son soluciones de continuidad de extensión variable. Se localizan habitualmente en las zonas 3 y 9 de la esfera horaria. En la mayoría de los casos los desgarros cervicales se inician en el orificio cervical externo y quedan limitados a la porción vaginal del cuello uterino, pero en ocasiones pueden extenderse en superficie y profundidad y alcanzar el tercio superior de la vagina o el segmento inferior del cuerpo uterino y lesionar vasos importantes, ramas de la arteria cervical, procedente de la arteria uterina, o incluso a estas arterias, o más raramente penetrar en el peritoneo o en el recto”²⁰.

“Se sospecha un desgarro ante una hemorragia, con útero contraído, inmediatamente después de expulsado el feto, o tras la expulsión de la placenta, cuya revisión demostró estar completa, y el útero continua duro y contraído”²⁰.

“El diagnostico de certeza solo se realiza tras la inspección cuidadosa del cuello uterino con valvas y preferentemente con la colaboración de un ayudante. Es aconsejable realizar siempre esta maniobra de inspección una vez terminado el tercer periodo del parto, aunque la mujer no sangre, para detectar y corregir los desgarros cervicales mudos”²⁰.

“Desgarros de la vagina: Los desgarros de la vagina pueden ser prolongación de los desgarros del cuello uterino o de la vulva. La existencia de desgarros aislados de la vagina es menos frecuente”²⁰.

“Los desgarros de la vagina suelen ser longitudinales y pueden penetrar en la profundidad del paracolpio y lesionar vasos y órganos vecinos, como vejiga, uretra y recto. Pueden producirse por distensión de la vejiga al paso de la presentación fetal, pero con más frecuencia se originan por las maniobras de extracción del feto con fórceps o vacuum”²⁰.

“El síntoma más característico es la hemorragia con útero contraído tras la expulsión del feto, que continua tras la expulsión de la placenta integra. La hemorragia de estas características es común a todos los desgarros del canal genital bajo y el diagnostico de seguridad se realiza mediante una cuidadosa revisión de la vagina con valvas”²⁰.

“Desgarros del periné: Los desgarros del periné pueden alcanzar diferente extensión y profundidad, afectando a diferentes estructuras. Habitualmente afectan a la porción posterior de la vulva (unión de los labios mayores, anillo del himen y parte distal del vestíbulo) y una cara más o menos extensa de la cara posterior de la vagina”²⁰.

“Según la extensión en profundidad se distinguen cuatro grados:

- Grado 1: afectación sólo de la piel y el tejido subcutáneo.
- Grado 2: el desgarro incluye también los músculos perineales.
- Grado 3: afectación del esfínter externo del ano.
- Grado 4: el desgarro comprende además la pared del recto”²⁰.

“Los desgarros del periné se producen fundamentalmente por la distensión que sobre los tejidos maternos ejerce la salida del feto, en particular la cabeza y, en menor proporción los hombros”²⁰.

En la producción del desgarro intervienen sobre todo tres factores:

- a) “El tamaño de la cabeza fetal, su actitud de flexión o deflexión y la situación anterior o posterior del occipucio y secundariamente el diámetro bisacromial.
- b) Los tejidos maternos, la primiparidad añosa y las cicatrices por partos anteriores.
- c) La asistencia del parto, episiotomía y la protección adecuada del periné”²⁰.

“Desgarro de la vulva: Los desgarros de la vulva con frecuencia dan continuidad de los desgarros de la vagina y periné. Los desgarros que afectan a la zona del clítoris son particularmente sangrantes, pudiéndose producir hematomas.”²⁰.

2.6.2.4. Trombina

“La coagulación es un complejo proceso bioquímico, con dos vías la extrínseca y la intrínseca. Existe un delicado equilibrio entre la coagulación y la anticoagulación, que puede ser alterado con cierta facilidad en el puerperio, bien en un sentido (hemorragias) como en otros (trombosis)”²³.

“Las coagulopatias hemorrágicas pueden ser: congénitas, habitualmente ya diagnosticadas con anterioridad al parto, y adquiridas, por diversos procesos: desprendimiento prematuro de placenta, preeclampsia, feto muerto, sepsis, embolismo de líquido amniótico, etc. Que pueden provocar una coagulación intravascular diseminada (CID). Pero hay que tener en cuenta que una hemorragia posparto grave o mantenida puede producir también una coagulopatía de consumo (agotamiento de los factores de coagulación), que se diagnosticará por las pruebas de laboratorio, junto a la clínica de hemorragia incoercible y en otras regiones”²³.

“La coagulopatía de consumo debe corregirse mediante la reposición de los productos sanguíneos, plasma y crioprecipitados necesarios, y al mismo tiempo debe actuarse sobre la causa etiológica que la ocasiona, dado que si no actuamos así todo lo que aportemos a la paciente volverá a perderse”²³.

“Como tratamiento a la hemorragia grave, se encuentra el factor VIIa recombinante, que actúa formando complejos con el factor tisular, favorece la hemostasia en los lugares de lesión vascular mediante la generación de grandes cantidades de trombina,

activa las plaquetas y estimula la formación de tapones de fibrina. Se considera tratamiento de rescate en el manejo de pacientes con hemorragia severa cuando fracasan las medidas convencionales”²³.

2.6.3. Cuadro clínico de la Hemorragia Postparto

“La hemorragia posparto puede comenzar antes o después de la separación de la placenta. En lugar de una hemorragia abundante súbita casi siempre hay un sangrado constante. En un momento determinado puede parecer solo moderado, pero si persiste causa hipovolemia grave. En especial con la hemorragia después del alumbramiento, la pérdida constante puede constituir una hemorragia muy abundante”¹².

“Los efectos de la hemorragia dependen en gran medida del volumen sanguíneo en ausencia de embarazo y de la magnitud correspondiente de hipervolemia inducida por el embarazo. Un dato engañoso de la hemorragia posparto es que el pulso y la presión arterial se alteran muy poco en tanto no se han perdido cantidades grandes de sangre. En un inicio, la mujer normotensa en realidad podría tener cierto grado de hipertensión en respuesta de la hemorragia. Por otra parte, la mujer que ya es hipertensa puede considerarse como normotensa aunque presente hipovolemia notoria. Por consiguiente, en algunas ocasiones la hipovolemia no se identifica sino hasta que ya es demasiado tarde”¹².

‘La mujer con preeclampsia grave o eclampsia no tiene la misma expansión normal del volumen sanguíneo. Por eso, estas mujeres son muy sensibles a lo que puede considerarse pérdida normal de sangre, o incluso no tolerarlas”¹².

“Cuando se sospecha hemorragia excesiva en la mujer con preeclampsia grave, es indispensable tratar de identificar de inmediato los datos clínicos y de laboratorio que exigirán la administración vigorosa de soluciones cristaloides y sangre para la reanimación de la paciente hipovolémica”¹².

“En algunas mujeres después del parto, la sangre no escapa por vía vaginal si no que se acumula dentro de la cavidad uterina, que puede distenderse con 1 000 ml o más de sangre. En algunos casos, quien atiende a la mujer podría aplicar masaje en forma errónea a un cumulo de grasa abdominal a la que confunde con el útero posparto. Por tanto, la observación del útero después del parto no debe encomendarse a una persona inexperta”¹².

2.6.4. Diagnóstico

En el diagnóstico de la hemorragia posparto podremos averiguar el origen de la hemorragia causada por atonía, traumatismo o intraperitoneal para proseguir al tratamiento.

“Solo quizá cuando no se reconoce la acumulación de sangre intrauterina e intravaginal, o en algunos casos de rotura uterina con hemorragia intraperitoneal, el diagnóstico de hemorragia posparto debe ser obvio. La hemorragia por atonía uterina y la debida a desgarros genitales se diferencia de manera tentativa con base en factores de riesgo predisponentes y el estado del útero. Si la hemorragia persiste a pesar de que el útero este firme y bien contraído, lo más probable es que se deba a desgarros. La sangre de color rojo brillante también sugiere hemorragia arterial procedente de los desgarros. Para la confirmación que los desgarros son una causa de hemorragia, es esencial la inspección cuidadosa de la vagina, el cuello uterino y el útero”¹².

“A veces la hemorragia puede originarse tanto por atonía como por traumatismo, en especial después del parto quirúrgico mayor. Si puede obtenerse un acceso fácil, como en presencia de analgesia de conducción, el cuello uterino y la vagina deben inspeccionarse después de cada parto a fin de identificar hemorragia por desgarros”¹².

“La palpación de la cavidad uterina, y la inspección del cuello uterino y toda la vagina son esenciales después de una versión podálica interna y de extracción de nalgas. Sucede lo mismo cuando se identifica hemorragia poco común durante el segundo periodo del trabajo de parto”¹².

2.6.5. Tratamiento

Existen varios tipos de tratamiento para la hemorragia posparto según sea el caso, entre ellos se encuentran: el farmacológico, quirúrgico y el profiláctico que se explicaran detalladamente más adelante.

Antes de llevar a cabo el tratamiento ante la presencia de hemorragia posparto es necesario realizar primero la valoración de la paciente

Para ello debemos de realizar una aproximación de las perdidas sanguíneas, tomar adecuadamente los signos vitales y por ultimo valorar el tamaño y el tono del útero.

Otras actividades complementarias como parte del tratamiento de la hemorragia posparto son las siguientes:

- ❖ “Si el útero es atónico, puede lograrse una contracción mediante masaje abdominal. También puede intentarse una comprensión bimanual.
- ❖ Debe establecerse un acceso intravenoso con dos vías de gran calibre y extraer sangre para determinar hemoglobina, hematocrito, plaquetas, coagulación y pruebas cruzadas (el número de unidades depende del número perdido).
- ❖ Deben perfundirse cristaliodes o coloides rápidamente para mantener el volumen circulante.
- ❖ Si la placenta no ha sido alumbrada, debe intentarse una tracción suave y controlada del cordón. Si todavía esta retenida, se requerirá un bloqueo regional o anestesia general para realizar una extracción manual. Si la placenta está adherida de forma patológica (placenta accreta) en presencia de hemorragia es probable que se precise una histerectomía.
- ❖ Pueden administrarse más oxitócicos, p. ej. Oxitocina intravenosa, ergometrina intramuscular, carboprost intramuscular o por vía intramiometrial.
- ❖ Cuando existe perdidas mantenidas, una anestesia general permitirá una valoración de las laceraciones vaginales o cervicales.

Si la hemorragia continúa:

- ❖ Debe considerarse un control de la PVC y comenzar la transfusión sanguínea. Puede utilizarse sangre O negativo en las situaciones de urgencia extrema.
- ❖ Los defectos de la coagulación de la CID deben corregirse con plasma fresco congelado o crioprecipitados en función del consejo del especialista.
- ❖ Puede estar indicada la histerectomía (o histerectomía subtotal), especialmente si existe una rotura uterina fuera del segmento inferior o placenta accreta. La ligadura de las arterias ilíacas internas es probable que solo esté indicada en la atonía, resulta de poca utilidad en la placenta accreta y de ningunas en las laceraciones uterinas. El taponamiento uterino es una poción de la atonía, pero puede impedir por sí mismo una contracción uterina y, por tanto, la hemostasia adecuada.
- ❖ La embolización arterial dirigida radiológicamente también es una opción de la hemorragia no controlada”²⁴.

2.6.5.1. Farmacológico

Fármacos uterotónicos utilizados durante la hemorragia posparto: Oxitocina, Ergonovina y Metilergonovina y Prostaglandinas, las cuales se describen a continuación.

Oxitocina

“Se encuentra disponible la forma sintética del octapeptido oxitocina. Cada mililitro de oxitocina inyectable, que no es eficaz por vía oral, contiene 10 U USP (United States Pharmacopeia). La vida media de la oxitocina administrada por vía intravenosa es casi de 3 min. Antes del nacimiento, el útero en trabajo de parto espontáneo muestra de manera característica una sensibilidad extraordinaria a la oxitocina, y su dosificación se ajusta de forma cuidadosa para alcanzar contracciones adecuadas. Sin embargo, después del nacimiento del feto estos riesgos ya no existen y pueden recurrirse a una dosificación fija”¹².

“La oxitocina no debe administrarse por vía intravenosa como bolos de dosis elevada. Más bien debe suministrarse diluida en solución mediante infusión intravenosa continua, o como inyección intramuscular de 10 U USP. En caso de hemorragia posparto, la inyección directa al útero, sea por vía transvaginal o transabdominal después de un parto vaginal, o directamente si se trata de una cesárea, ha mostrado eficacia”¹².

“La considerable acción antidiurética de la oxitocina puede producir intoxicación por agua. Con dosis altas de la hormona es posible producir intoxicación por agua si se administra en un gran volumen de solución glucosada acuosa sin electrolitos por lo tanto se deben tener en cuenta el uso de solución fisiológica o de Ringer con Lactato”¹².

Ergonovina y Metilergonovina

“Se trata de alcaloides ergotamínicos con niveles de actividad semejantes sobre el miometrio. La metilergonovina también se conoce como ergometrina y ergostetrina. Ya sea que se administren por vía intravenosa, intramuscular u oral, estos dos fármacos son potentes estimulantes de las contracciones del miometrio y ejercen un efecto que puede persistir por horas. En la mujer embarazada, una dosis intravenosa tan baja como 0.1 mg o una dosis oral de solo 0.25 mg inducen la contracción tetánica del útero”¹².

“Los efectos se desarrollan casi de inmediato tras la inyección intravenosa del medicamento y pocos minutos después de la aplicación intramuscular u oral. Además, la respuesta se sostiene y existe tendencia escasa a la relajación. Por esta causa,

representa un peligro para el feto y la madre antes del nacimiento. La administración parenteral de alcaloides ergotamínicos, en especial por vía intravenosa, desencadena en ocasiones un cuadro de hipertensión transitoria”¹².

Análogos de prostaglandinas

“A mediados de la década de 1980 se aprobó el derivado 15-metil de la prostaglandina F₂α (trometamina de carboprost) para el tratamiento de la atonía uterina. La dosis recomendada inicial es de 250 µg (0.25 mg) administrados por vía intramuscular. Esto se repite si es necesario a intervalo de 15 a 90 min hasta su máximo de 8 dosis”¹².

“El carboprost se asocia a efectos secundarios en alrededor del 20% de las mujeres. En orden descendiente de frecuencia éstos incluyen diarrea, hipertensión, vómitos, fiebre, rubor y taquicardia. Algunas mujeres tratadas con este mismo fármaco presentaron hipertensión grave y en las pacientes que se les administro por vía intramuscular después de 15 min presentaron desaturación arterial de oxígeno. Por tal motivo concluyeron que estas causas se debieron a la constricción de las vías respiratorias pulmonares y de las vías vasculares”¹².

“La prostaglandina E₂ administrada por vía rectal en supositorios de 20 mg se ha usado para atonía uterina, pero no se han efectuado estudios clínicos al respecto”¹².

2.6.5.2. Tratamiento Quirúrgico

Existen varios métodos para el tratamiento quirúrgico de la hemorragia posparto, entre los más usados son los siguientes: presión de la oclusión de la aorta, ligadura de la arteria uterina, ligadura de la arteria iliaca interna, Sutura de abrazadera de B-Lynch e histerectomía.

“A partir de que se considera la posibilidad de practicar una laparotomía para el tratamiento de hemorragia posparto, se debe conocer los deseos de la paciente sobre su futura procreación. Cuando no se pueden determinar, el operador debe suponer que la función reproductora debe preservarse. También se debe consultar a la pareja o a otros miembros de la familia, siempre que sea posible antes de la laparotomía”¹⁵.

Tipos de intervención quirúrgica:

Presión de oclusión de la aorta:

“El control inmediato y temporal de la hemorragia pélvica puede lograrse con laparotomía mediante presión de oclusión de la aorta por presión, lo cual proporcionara tiempo valioso para tratar hipotensión, obtener asistentes expertos, identificar el origen

de la hemorragia y planear el procedimiento quirúrgico. En la paciente joven y por otra parte sana, puede mantenerse la presión de oclusión durante varios minutos sin que se suscite una secuela permanente”¹⁵.

Ligadura de la arteria uterina:

“Durante el embarazo, 90% de la sangre que fluye al útero es abastecido por las arterias uterinas. La ligadura directa de estos vasos fácilmente visibles puede controlar la hemorragia con éxito en 75 a 90% de los casos, en particular cuando la hemorragia es de origen uterino. Puede ocurrir recanalización y se han reportado embarazos subsecuentes”¹⁵.

Ligadura de la arteria ilíaca interna:

“La ligadura bilateral de la arteria interna (hipogástrica) es el método quirúrgico que se utiliza con mayor frecuencia para controlar la hemorragia posparto grave. La exposición puede ser difícil, en particular cuando el útero es grande y pastoso o hay hematoma. Los índices de fracaso de esta técnica pueden ser hasta de 57%, pero se pueden relacionar con la destreza del operador, la causa de la hemorragia, y el estado de la paciente antes de que se intente la ligadura”¹⁵.

Sutura de abrazadera de B-Lynch:

“Una alternativa a la técnica de ligadura vascular es la colocación de una sutura de abrazadera para comprimir el útero en caso de hemorragia difusa ocasionada por atonía o placenta percreta. Una pequeña serie de casos refiere éxito y prevención de histerectomía con este abordaje novedoso”¹⁵.

Histerectomía:

Este es el método definitivo para controlar la hemorragia posparto. En una mujer con alta paridad o en mal estado para someterse a cirugía más extensa puede preferirse la reparación simple de un útero roto, con o sin ligadura tubaria, a menos que padezca enfermedad uterina intercurrente. Este procedimiento sin duda permite salvar vidas”¹⁵.

2.4.5.6. Tratamiento profiláctico

Para evitar el catastrófico problema de la mortalidad materna, es importante realizar una intensa concientización e información sobre el control prenatal. De esta manera las pacientes estarán informadas acerca de que durante el transcurso de la vida embrionaria van

apareciendo los factores de riesgo que llevan a que se produzcan las complicaciones en el trabajo de parto y sobre todo la hemorragia posparto.

Durante el control prenatal se debe evitar que las mujeres presenten anemia ya que son las que presentan mayor complicación en caso de presentar hemorragia posparto.

“La prevención de la hemorragia posparto es muy importante; se debe corregir la anemia durante el embarazo porque con este padecimiento una paciente tolera mal la hemorragia. Cualquier mujer con antecedentes de hemorragia posparto, embarazo gemelar y las multíparas siempre se deben hospitalizar para el parto”²⁵.

Durante la primera y la segunda etapa del trabajo de parto se pueden presentar diferentes complicaciones, por esto es de fundamental importancia mantener tranquila a la paciente. Con la paciente serena y concentrada en el trabajo de parto se evitará que realice esfuerzos innecesarios. Es importante mencionar que los esfuerzos innecesarios podrían complicar el proceso, llevando a la paciente a un trabajo de parto prolongando y a un agotamiento uterino.

Otro de los problemas que se puede presentar es la deshidratación. En caso de que se presente esta dificultad será necesario administrar solución intravenosa para que recupere los electrolitos perdidos. En la tercera etapa del trabajo de parto se implementará el alumbramiento activo. A continuación presento detalladamente los pasos que se deberán seguir durante la implementación de este método:

- Este método consiste en la aplicación de 10 UI de oxitocina por vía intramuscular. Este fármaco se deberá suministrar justo cuando nazca el hombro superior del producto.
- Cuando deje de latir el cordón umbilical se pinza y se corta.
- Después de cortar el cordón umbilical se realiza la tracción de la placenta inmediatamente a través del cordón. La técnica es la siguiente: colocamos la mano izquierda en al área suprabubica haciendo presión hacia el polo opuesto del útero; con la otra mano hacemos tracción del cordón hacia la vagina, sin dejar de hacer presión en el útero.
- El siguiente paso importante es el alumbramiento de la placenta. La técnica utilizada es la de Dublin consiste en girar la placenta mientras nace hasta que terminen de salir las membranas. Es importante inspeccionar que la placenta se haya expulsado completa.
- Proseguimos a realizar el masaje uterino para mantener la involución uterina. Esta técnica se realiza durante las primeras dos horas del puerperio fisiológico inmediato.

- Los signos vitales de las puérperas se tomarán cada media hora durante las primeras cuatro horas del puerperio fisiológico inmediato, este procedimiento es importante para observar o diagnosticar algún dato de alarma.

En caso de que la paciente presente alguna anormalidad se deberá canalizar con un catéter intravenoso periférico de buen calibre para administrar 20 UI de Oxitocina en 1 000 cc de solución fisiológica durante 6 horas. Es importante recordar que el manejo correcto de la atención en la tercera etapa del trabajo de parto es un factor para la prevención de la hemorragia posparto.

2.7. Literatura relevante

La técnica del alumbramiento activo es una actividad que se estuvo implementando en la comunidad de Acatepec para disminuir el índice de morbimortalidad materna, esta técnica se realizó por primera vez en dicha comunidad con mujeres que cursaban el tercer periodo de trabajo de parto. No todos los hospitales realizan esta técnica de manera rutinaria aunque la norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-1993, en el subíndice 5.4.16 menciona:

“El manejo del tercer periodo del parto debe ser activo; consiste en la tracción suave y sostenida del cordón umbilical, aplicación de oxitocina 10 UI por vía intramuscular posterior al nacimiento del hombro anterior y finalmente masaje uterino por abdomen. La aplicación de otros uterotónicos será de acuerdo a criterio médico y conforme al lineamiento técnico de hemorragia obstétrica”²⁶.

En otros lugares como es el caso de los Servicios de Salud Cubanos en donde realizan de manera más consecutiva esta técnica como el del Hospital Militar Central “Dr. Luis Díaz Soto”, La Habana Cuba: en donde fundamenta que la OMS al Igual que la Norma Oficial Mexicana recomienda que para prevenir la hemorragia posparto se debe incluir las intervenciones el manejo activo del alumbramiento seguida por la aplicación del masaje uterino cada 15 min durante las primeras dos horas, después del nacimiento e inmediatamente después de la expulsión de la placenta.

En el Hospital Militar Central “Dr. Luis Díaz Soto” de la Habana Cuba realizaron una investigación sobre la influencia del alumbramiento activo sobre la mortalidad materna por hemorragia posparto²⁷ en donde se menciona:

Que durante el periodo del 2002-2006 Cuba presento el 24,8% de causas de muerte materna y sumándole las hemorragias obstétricas llegaron a un 45%. Por tal motivo realizaron un estudio de tipo observacional analítico de corte transversal, en 2 523 mujeres cuyos partos eutócicos se produjeron en dicho Hospital “Dr. Luis Díaz Soto” desde enero 2003 hasta diciembre del 2007.

El objetivo de esta investigación fue determinar la utilidad del alumbramiento activo sobre la mortalidad materna por hemorragia posparto. Para dicho estudio se ejecutó el alumbramiento activo o manejo activo del tercer periodo del parto lo cual consistió²⁷ en: la administración profiláctica de oxitocina, 10 UI por vía intramuscular después de la salida del hombro anterior del feto, pinzar y cortar el cordón umbilical, tracción controlada de este para ayudar a la salida de la placenta, al mismo tiempo estabilizar el útero, ejerciendo una contracción con la otra mano colocada justo encima del hueso pubiano de la madre.

Como resultado obtuvieron que se les aplicó el método del alumbramiento activo a 1 364 casos (54.1%), y se mantuvo una conducta expectante en 1 159 casos (45,9%). Del cual en el alumbramiento activo se observó una duración mayor de 30 min equivalente al 0.3% de los casos, en comparación del expectante que fue 1.2%.

Estos resultados dan cuenta de las ventajas de practicar el alumbramiento activo, ya que es mucho más rápido en comparación con el expectante.

“El 1.8 % de las pacientes a las que se les aplicó el manejo expectante del alumbramiento necesitaron transfusión de sangre en el puerperio inmediato, a diferencia del alumbramiento activo que fue utilizada solo en el 0,8 % de los casos. Existió una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p=0,025$). La técnica del alumbramiento activo se comportó como un factor protector fuerte en cuanto a la necesidad de transfusión de sangre [RR=2,25; con un confianza para el 95 % de 1,09 a 4,64]”²⁷.

Para concluir la investigación los autores comentan que existen diversos estudios que muestran que con el uso de oxitócicos se logra una menor duración del alumbramiento, lo cual nos lleva a un menor índice de hemorragia posparto, también a una disminución de la tasa de anemia y por tanto, se requiere una menor necesidad de transfusiones de sangre.

Otra investigación que aporta mucho en este campo es el que se realizó en el Hospital Materno Norte “Tamara Bunke” de Santiago de Cuba²⁸ en donde se dedicaron a comparar los efectos del manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto frente al expectante sobre la pérdida de sangre y otras complicaciones maternas, entre ellas: la anemia posparto y la atonía uterina.

La investigación realizada en ese Hospital Materno Norte se llama Influencia de las técnicas de alumbramiento activo y expectante sobre la hemorragia posparto²⁸ en donde: Se realizó con el objetivo de mejorar la atención a las gestantes, así como explicar los resultados y evaluar la magnitud de riesgo y de acuerdo a su utilidad extender la experiencia a otros centros.

Para poder realizar la investigación efectuaron un estudio prospectivo, longitudinal y comparativo de la técnica de alumbramiento activo con la mínima intervención en esta fase del parto, para esto seleccionaron a 110 gestantes, a las cuales se les asignó el tipo de manejo en forma aleatorizada: en donde se les aplicó el manejo activo a 50 embarazadas y el manejo expectante a 60 pacientes.

Como resultados obtuvieron que la hemorragia posparto se presentó en 40 pacientes (66,7 %) que parieron espontáneamente, de las cuales 15 (37.5 %) tenían alguna enfermedad asociada, similar a las que no sangraron; sin embargo, de las 50 que se les aplicó el alumbramiento activo

no presentaron ningún tipo de hemorragia. También obtuvieron que el 40,0% de las pacientes sangraron menos de 500 ml.

“Cabe sobresaltar que el tiempo de alumbramiento mayor de 15 min tuvo lugar en 45% de las integrantes del grupo que pario espontáneamente, tanto en las que sangraron como en las que no; mientras que en las gestantes con parto asistido y sin sangrado, solo ocurrió en 4,0 %, por lo que hubo gran significación ($p < 0,05$)”²⁸.

En las pacientes con parto espontaneo un 57,3% con sangrado, presentaron complicaciones como: anemia, atonía uterina, desgarros cervicales, inversión uterina y retención placentaria, en comparación de las embarazadas con parto asistido y sin sangrado, las complicaciones se produjeron 8,0%.

Para terminar este estudio los autores llegan a la conclusión de que los resultados que obtuvieron evidencian que el alumbramiento activo del parto posibilita un alumbramiento en menor tiempo y sin sangrado, con escasos efectos desfavorables.

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁹, publicó una investigación en donde realizan el análisis sobre la elección de agentes uterotónicos en el manejo activo del alumbramiento y tienen como objetivo principal reducir el riesgo de hemorragia puerperal realizando la técnica del manejo activo del alumbramiento.

Dichos estudios fueron realizados en varias partes del mundo como en Argentina, Canadá, China, Colombia, Egipto, Finlandia, Francia, Gambia, Ghana, Guinea-Bissau, Hong Kong, Mozambique, Holanda, Nigeria, Singapur, Sudáfrica, Suecia, Suiza, Tailandia, Turquía, Emiratos Árabes Unidos, Reino Unido, Estados Unidos, Vietnam y Zimbabue.

“En el resultado se obtuvo que en seis estudios clínicos en los que participaron 3200 mujeres, se halló que el uso de la oxitocina redujo a la mitad el riesgo de hemorragia puerperal con pérdida de sangre ≥ 500 ml [Riesgo Relativo (RR): 0.50; intervalo de confianza (IC) del 95%: 0.43 a 0.59]. En cuatro estudios clínicos (en los que participaron 2243 mujeres), comparada con placebo o ningún uterotónico, la oxitocina disminuyó el riesgo de hemorragia puerperal severa con pérdida de sangre $\geq 1\ 000$ ml (RR: 0.61; IC 95 %: 0.44 a 0.87)”²⁹.

Las ventajas antes mencionadas se vieron reflejadas en las pacientes, independientemente de si la oxitocina se utilizó como parte del manejo activo o por sí sola, y de si administró después o antes de la expulsión de la placenta. Otro beneficio que se observó fue la prevención de la transfusión sanguínea y la extracción manual de la placenta.

Los resultados de la investigación nos indica que por cada 100 mujeres que reciban tratamiento con oxitocina mas Ergonovina se prevendrán tres episodios adicionales de pérdida de sangre ≥ 500 ml, más un caso adicional de presión arterial elevada y 10 casos adicionales de vómitos en comparación de la administración de oxitocina sola, en donde no se presentan reacciones adversas tan consecutivamente.

La OMS²⁹, menciona que el personal de atención médico y de enfermería debería estar educado y capacitado para la implementación del alumbramiento activo y por el momento están planteando adoptarla en los centros de atención de la salud. Y recomienda que la oxitocina sea utilizada por asistentes que estén capacitados tanto en el manejo activo como en la administración de agentes uterotónicos para poder prevenir la hemorragia puerperal.

III MARCO METODOLÓGICO

3.1. Diseño Metodológico

Propuesta de intervención clínica

3.2. Población

Pacientes en el tercer periodo del trabajo de parto o alumbramiento y puerperio a quienes se pretende realizar la intervención del alumbramiento activo.

3.3. Escenario

Hospital Básico Comunitario del Municipio Acatepec, Guerrero (ver anexo 5.1)

3.4. Método de intervención

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM junto con el Programa Arranque Parejo en la Vida, Parteras Tradicionales hacen un convenio para llevar a los alumnos a realizar el servicio social de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en el estado de Guerrero, con la finalidad de participar en la comunidad en la atención de control prenatal y atención del parto y puerperio, así mismo poder contribuir en la disminución de las muertes maternas causadas por la hemorragia posparto, en uno de los estados más afectados de la República Mexicana.

De donde nace la importancia de realizar la implementación del Alumbramiento Activo, como una intervención básica en la atención de partos realizado por el personal de salud, ya sea médicos, enfermeros o pasantes (medicina general y enfermeros obstetras).

La intervención del alumbramiento activo que se aplicó en las pacientes que cursaban el tercer periodo del trabajo de parto o periodo expulsivo consistió en lo siguiente:

- ❖ Administración de 10 UI de oxitocina intramuscular, cuando nace el hombro superior o anterior del producto.
- ❖ Tracción controlada del cordón umbilical para la expulsión de la placenta.
- ❖ Aplicación de masaje uterino después de que la placenta haya sido expulsada.

El personal de Enfermería aporta una participación sumamente importante, y lo demuestra mediante la realización del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que es una forma ordenada y sistemática de brindar atención individualizada al paciente en la práctica.

A manera de ejemplo se describe la aplicación del PAE implementado en las mujeres que se sometieron a la intervención del alumbramiento activo, la cual abarca, desde que las mujeres ingresan al hospital con trabajo de parto (durante el tercer periodo del trabajo de parto o periodo expulsivo) hasta el puerperio fisiológico inmediato.

3.4.1. Proceso de atención de enfermería

“El proceso de enfermería es un método sistemático para brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados”³².

Los enfermeros realizamos el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), para trabajar de una manera organizada, e identificar y tratar las respuestas humanas ante la salud y la enfermedad. El PAE contiene cinco pasos o etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, implementación y evaluación.

Como dice Potter³³, el PAE se trata de un proceso dinámico y continuo que se van adaptando a las necesidades de cambio de cada paciente que favorece el cuidado individualizado y ayuda a la enfermera a responder al paciente de manera rápida y razonable, estos actos involucran el uso del pensamiento crítico para emitir juicios, por tal motivo implica el uso del razonamiento científico.

“El proceso enfermero es simplemente una variación del razonamiento científico que permite a las enfermeras organizar, sistematizar y conceptualizar la práctica enfermera. Se trata de un enfoque general a los sistemas por individuo, familias, grupos o comunidades. Es un enfoque que permite a las enfermeras diferenciar su práctica de la de los médicos y la de otros profesionales sanitarios. Cuando las enfermeras piensan críticamente, el paciente pasa a ser un participante activo y el resultado último es un enfoque completo e individualizado del paciente”³³.

3.4.1.1. Valoración:

La valoración es el primer paso del PAE. Es la etapa en donde la enfermera se encarga de la recolección, verificación y el análisis de los datos obtenidos del paciente, lo cual se puede realizar de una forma directa mediante la anamnesis o indirecta basándose en el expediente clínico.

“La finalidad de la valoración es establecer una base de datos relativa a las necesidades percibidas, problemas de salud y respuestas a estos problemas, experiencias relacionadas, prácticas sanitarias, objetivos, valores, estilo de vida y expectativas del sistema sanitario que tiene el paciente”³³.

La información obtenida durante la valoración nos abrirá paso hacia el segundo periodo que es la realización de los diagnósticos enfermeros. La realización de dichos diagnósticos es de suma

importancia ya que en base a estos diagnósticos de realizaran el plan de cuidados enfermeros individualizado, la cual se empleará durante el tiempo que la enfermera preste cuidados hacia su paciente.

Se presenta como ejemplo la valoración realizada a las pacientes que ingresaban al hospital en trabajo de parto. En estos casos se usaron las técnicas de inspección, palpación, percusión, auscultación y olfato.

3.4.1.1.1. Procedimientos de admisión

En el caso de las pacientes que llevaban control prenatal en el hospital y ya estaban en un periodo a término, les explicaba que contaban con la atención dispuesta las 24 horas; es decir, que no importaba a qué hora comenzaran con trabajo de parto o si llegaban a presentar algún dato de alarma, que las esperábamos para brindarles una atención adecuada. Y no necesariamente tenían que esperarse hasta que presenciaran dolores fuertes, ya que es importante el cuidado desde el trabajo de parto en fase latente hasta el periodo expulsivo para identificar alguna alteración materno-fetal.

Con las pacientes que venían de las colonias de Acatepec o de las comunidades muy lejanas, la situación fue diferente ya que la mayoría de las mujeres llegaban con trabajo de parto en fase activa o en periodo expulsivo, por tal motivo el proceso de admisión era de una manera rápida porque pasaban directamente a la sala de expulsión en donde se les atendía el parto. Las pacientes que acudían con trabajo de parto en fase latente no las regresábamos a sus hogares ya que el hospital contaba con la casa A Mujeres Embarazadas (AME), y las citábamos con cierta periodicidad de tiempo para valorarlas y de acuerdo al avance les hacíamos el proceso de admisión.

3.4.1.1.2. Identificación del trabajo de parto

Lo primero que hacía con las pacientes era identificar el estadio del trabajo de parto, de acuerdo con los resultados pasaba a realizar el diagnóstico tomando en cuenta la frecuencia, la intensidad de las contracciones y la dilatación del cuello uterino, con base en estos resultados se realizaba el plan de cuidados.

Cunningham, *et-al*¹², nos propone un cuadro en donde podemos diferenciar un trabajo de parto falso y uno verdadero, lo cual nos ayuda a identificar dicha valoración:

Características del trabajo de parto verdadero y el falso		
Características	Trabajo de parto verdadero	Trabajo de parto falso
Contracciones <ul style="list-style-type: none"> • Ritmo • Intervalos • Intensidad 	Regular Cada vez más cortos Cada vez mayor	Irregular Sin cambio Sin cambio
Incomodidad <ul style="list-style-type: none"> • Localización • Sedación 	Espalda y abdomen Sin efecto	Abdomen bajo Casi siempre efectiva
Dilatación del cuello uterino	Si	No

No es recomendable regresarlas a sus domicilios después de valorarlas ya que en muchas ocasiones las pacientes no regresan al hospital o acuden cuando se les presenta alguna complicación, es mejor mantenerlas en observación durante un periodo mayor para definir bien el diagnóstico del trabajo de parto.

Cunningham, *et-al*¹², mencionan que las recomendaciones que se les dan a las mujeres embarazadas para ver si han comenzado con el inicio del trabajo de parto es si presenta contracciones uterinas cada 5 minutos durante 1 h. (es decir, 12 o más contracciones en 1 h.) Siempre y cuando tengan ausencia de rotura de membranas o sangrado.

3.4.1.1.3. Signos vitales y revisión del expediente gestacional

La obtención de los signos vitales es de gran importancia ya que mediante estos signos de vida podremos identificar si la paciente está pasando algún proceso patológico, en el caso de la presión arterial y el pulso; hay que poner énfasis a las pacientes que cursan el diagnóstico de hipertensión, preeclampsia o eclampsia, con la temperatura sabremos si la paciente cursa algún dato de infección, y en la frecuencia respiratoria podremos verificar si al feto le está llegando adecuada oxigenación.

“El expediente gestacional se revisa con rapidez para identificar complicaciones. Los problemas detectados o esperados durante la atención prenatal deben registrarse de manera llamativa en el expediente obstétrico”¹².

3.4.1.1.4. Partograma

El partograma es un instrumento en donde se lleva de manera ordenada y sistemática la atención del trabajo de parto, lo cual permite obtener evoluciones maternas y perinatales reproducibles.

En varios hospitales utilizan el partograma en forma física, en el caso del Hospital Comunitario de Acatepec, hacíamos uso de este material en forma digital de acuerdo al expediente de la paciente en donde se anotan datos de suma importancia entre los que destacan la dilatación y al borramiento de acuerdo al transcurso del tiempo a esto se le llama evolución del trabajo de parto. Solo en ocasiones cuando se iba la luz eléctrica usábamos el partograma en físico.

“La organización Mundial de la Salud (OMS) diseño un Partograma para utilizarse en países en desarrollo, el partograma es similar para nulíparas y multíparas. El trabajo de parto se divide en una fase latente, que no debe durar más de 8 horas, y una fase activa. Esta última comienza con 3 cm de dilatación y su avance no debe ser menor de 1 cm/h. se recomienda esperar 4 h antes de intervenir cuando la fase activa es lenta. El trabajo de parto se gráfica y el análisis incluye la aplicación de líneas de alerta y acción”¹².

3.4.1.1.5. Cálculo de la edad gestacional

Existen varios métodos para calcular la edad gestacional del producto los que más use en el Hospital fueron el del calendario o calculador del embarazo, la regla de Nägele para la fecha probable de parto y el ultrasonido.

a) Calendario o calculador del embarazo

Con el método del calendario realizaba la siguiente operación:

Del total de días del mes, se restan los días comprendidos hasta la fecha de la última fecha de la menstruación, luego sumaba el total de días de cada mes hasta el día actual, el total lo dividía entre siete y como resultado obtenía las semanas de gestación, este método se ha considerado como el más exacto que existe.

Una vez que obtenía los datos podía analizar en qué periodo estaba el feto si era pretérmino, término o posttérmino, así mismo tomaba las medidas necesarias para el nacimiento del bebé,

enseguida los registraba en la hoja de ingreso ya que posteriormente me servía para realizar la nota preparto

“El embarazo humano por lo normal dura 280 días o 40 semanas (nueve meses calendario o 10 meses lunares) desde el último periodo menstrual normal. Se puede calcular también con una duración de 226 días o 38 semanas a partir de la última ovulación en un ciclo normal de 28 días. El método más fácil para determinar la edad gestacional consiste en el empleo del calendario o calculador del embarazo”¹⁵.

b) Fecha estimada de confinamiento (regla de Nägele)

Para obtener la fecha probable de parto me fue muy práctico realizar el siguiente procedimiento, conocido como la regla de Nägele la cual consiste en lo siguiente:

“Se resta 3 meses del mes del Último Periodo de la Menstruación (UPMN) y se añade 7 al primer día del UPMN. Esta regla se basa en un ciclo normal de 28 días”¹⁵.

Fue muy importante realizar este cálculo sobre todo cuando daba consulta de control prenatal. Mi trabajo consistió en decirles la fecha en que probablemente nacería su bebé y si durante esta fecha aún no presentaban trabajo de parto les recomendaba que acudieran al hospital para revisar al feto y la madre y así saber la causa de este incidente.

c) Ultrasonografía

El ultrasonido es un estudio muy preciso para calcular la edad gestacional sobre todo si se lo realizan en el primer trimestre del embarazo. Cabe recalcar que en este periodo nos damos cuenta por medio del ultrasonido si hay presencia de producto único, gemelar o trillizos. Con este estudio me guiaba para sacar las semanas de gestación de mi paciente que llegaba con trabajo de parto para diagnosticar la madurez fetal, y así corroborar si realmente ya debería estar cursando el proceso de trabajo de parto.

Otra ventaja de la ultrasonografía es que podemos diagnosticar madurez fetal cuando nos damos cuenta de que el diámetro biparietal mide más de 9.8 cm. Es importante realizar un ultrasonido cuando nuestra paciente está cursando trabajo de parto para identificar si existe la presencia de doble circular de cordón umbilical.

3.4.1.1.6. Altura del fondo uterino

Fue fundamental medir el fondo uterino de las pacientes que atendí durante el control prenatal, ya que en base a eso me pude dar cuenta del crecimiento fetal de la paciente en cada consulta y así mismo llevar el registro en la tarjeta del control prenatal. Sin embargo, es aún

más importante durante el tercer trimestre del embarazo ya que en esta etapa es cuando se determina con mayor facilidad el retraso del crecimiento fetal.

Cuando las pacientes acudían al hospital por presentar trabajo de parto, las acomodaba en la mesa de exploración en decúbito dorsal. Con una cinta métrica procedía a medirles el abdomen desde la sínfisis del pubis hasta la parte alta de la masa uterina sobre la superficie abdominal curvilínea o también llamado fondo uterino. Tomando en cuenta de que la paciente estuviera respirando tranquilamente y no estuviera presentando alguna contracción.

Después de haber obtenido el dato proseguía a compararlo con la semana de gestación y la fecha probable de parto para ver que coincidieran los datos.

3.4.1.1.7. Diagnóstico de la presentación y posición fetales:

Los métodos que use para el diagnóstico de la presentación y posición fetal fueron las siguientes; la palpación abdominal o maniobras de Leopold, la exploración vaginal, la auscultación, que a continuación se explicaran de manera detallada.

3.4.1.1.7.1. Palpación abdominal: maniobras de Leopold

De igual manera realizaba este método estando la paciente en decúbito dorsal sobre la mesa de exploración. En algunas ocasiones se me complicó realizar o interpretar las maniobras ya que las pacientes presentaban cierto grado de obesidad. En pocas ocasiones fue por la presencia de un exceso de líquido amniótico.

La técnica que usé consiste en cuatro pasos y es la que nos describe a continuación Cunningham, *et-al*:

1. “La primera maniobra permite identificar cuál de los polos fetales, es decir, el cefálico o el podálico, ocupa el fondo uterino. La presentación pélvica produce la sensación de una masa grande y nodular, en tanto que la cabeza se percibe dura y redonda y es más móvil y susceptible de peloteo”¹².
2. “Una vez determinada la situación del feto, se lleva a cabo la segunda maniobra mediante la colocación de las palmas a ambos lados del abdomen materno y aplicación de presión gentil, pero profunda. Por un lado se percibe una resistencia dura, el dorso, y en el otro numerosas partes pequeñas irregulares y móviles, las extremidades fetales. Al precisar si el dorso tiene dirección anterior, transversa o posterior, se puede determinar la orientación del feto”¹².

3. “La tercera maniobra se realiza al tomar la parte inferior del abdomen materno, justo por arriba de la sínfisis del pubis, entre el pulgar y los dedos de la misma mano. Si la presentación no está encajada, se identifica una masa móvil, por lo general corresponde a la cabeza. La diferenciación entre cabeza y pelvis se realiza como en la primera maniobra. Sin embargo, si la parte que se presenta está encajada a profundidad, los hallazgos de esta maniobra sólo indican que el polo fetal inferior se encuentra dentro de la pelvis materna, y los detalles se definen entonces mediante la cuarta maniobra”¹².
4. “Para llevar a cabo la cuarta maniobra, el explorador se coloca de frente a los pies de la madre y, con las puntas de los primeros tres dedos de cada mano, ejerce presión profunda en dirección del eje de la entrada pélvica. En muchos casos, cuando la cabeza ha descendido, se puede diferenciar fácilmente en la pelvis del hombro anterior mediante la tercera maniobra”¹².

3.4.1.1.7.2. Tacto vaginal

Es un método en el cual se debe tener mucho cuidado con la intimidad de la paciente, se debe realizar en presencia de pocas personas. Este proceso se vuelve aún más complicado cuando se le realiza a una paciente indígena porque en las culturas indígenas existen tabús en torno a la sexualidad y los genitales, además, las mujeres no están acostumbradas a que las revisen de esa forma. Por esta razón se les explicaba en qué consistía dicho procedimiento; y que esta exploración me permitiría saber el grado de dilatación y borramiento del cérvix de la madre, de acuerdo al resultado estimaría el tiempo aproximado para el nacimiento del bebe, les advertía que era molesto e incómodo pero necesario.

Cabe mencionar que el tacto vaginal fue de suma importancia ya que de acuerdo a los resultados obtenidos decidía si la paciente pasaría a la sala de expulsión o si habría que canalizarla al quirófano.

El tacto vaginal fue un gran apoyo para determinar la presentación y posición del feto, ya que a la hora de la exploración vaginal me daba cuenta mediante el tacto las distintas suturas y fontanelas del feto en el caso de la cara y en el de la pelvis lo que palpaba era el sacro.

La técnica que use fue la de Cunningham, *et-al*, la cual mencionan que para la exploración vaginal se tiene que realizar en cuatro movimientos:

1. “El explorador inserta dos dedos en la vagina y encuentra la parte que se presenta. A continuación se diferencian con facilidad el vértice, la cara y la pelvis del feto”¹².

2. "Si el vértice el que se presenta, los dedos se dirigen en sentido posterior y se desliza en seguida hacia delante sobre la cabeza fetal, en dirección de la sínfisis del pubis. Durante este movimiento, los dedos se deslizan necesariamente por la sutura sagital y permiten delinear su trayectoria"¹².
3. "Se precisan después las posiciones de las dos fontanelas. Los dedos se deslizan hacia el extremo anterior se la sutura sagital y se encuentra e identifica la fontanela correspondiente, después, con un movimiento de deslizamiento, se pasan los dedos a lo largo de la sutura hasta el otro extremo de la cabeza, donde se localiza y diferencia la fontanela posterior"¹².
4. "La altura de presentación, o grado al cual la parte que se presenta ha descendido dentro de la pelvis, también puede determinarse en este momento. Al utilizar estas maniobras, se reconocen con facilidad las distintas suturas y fontanelas"¹².

3.4.1.1.8. Monitorización electrónica del feto

Esta etapa de la valoración en una paciente que cursa con trabajo de parto es de suma importancia, podemos diagnosticar sucesos fisiopatológicos que afectan al feto y por lo tanto prevenir la morbilidad o muerte fetal.

El Hospital de Acatepec cuenta con un cardiotocografo que nos permite analizar la frecuencia cardiaca fetal, los movimientos fetales y las contracciones uterinas. Con este aparato pude identificar la presencia de sufrimiento fetal en mis pacientes, aporta información exacta.

3.4.1.1.8.1. Monitorización electrónica externa (indirecta)

La monitorización electrónica externa mediante el cardiotocografo fue el método que use con todas las pacientes que cursaban en trabajo de parto, consiste en:

- La paciente en posición decúbito dorsal, se colocan dos cintas por la espalda con la finalidad de que adelante queden los extremos.
- El cardiotocografo consta de un transductor de ultrasonido y un transductor de presión, al transductor de ultrasonido se le coloca gel para adquirir una mejor conducción y se coloca en el abdomen en el sitio donde la actividad cardiaca se detecte mejor, y el transductor de presión se acomoda en el fondo uterino del abdomen materno sin aplicación de gel, este nos ayuda al registro de la dinámica uterina, ambos transductores se ajustan con las cintas a modo de mantener la posición.

- Se deja transcurrir 10 min. Se imprime el trazo y se analiza el estudio, en caso de presentar alguna duda acudía al Gineco-obstetra para aclarar el caso.

En este procedimiento es común que algunas veces se llegue a confundir la frecuencia cardiaca fetal con las pulsaciones arteriales de la madre, por tal motivo hay que poner hincapié para evitar confusiones.

3.4.1.1.8.2. Características de la frecuencia cardiaca durante el segundo periodo de trabajo de parto

En algunas ocasiones las pacientes presentaron durante este periodo desaceleraciones y bradicardia, esto fue causado por la compresión del cordón umbilical con la cabeza fetal, sin embargo después de dejar pasar un tiempo al siguiente trazo todo salía sin alteraciones.

3.4.1.1.8.3 Monitorización del feto al ingreso hospitalario en embarazos de bajo riesgo

La mayoría de las pacientes embarazadas que atendí en el hospital fueron de bajo riesgo, por lo tanto les realizaba el trazo tococardiografico cuando ingresaban a la sala de hospitalización, solo en caso de identificar anomalías de la frecuencia cardiaca fetal, les realizaba el trazo periódicamente.

3.4.1.1.8.4. Vigilancia del bienestar fetal durante el trabajo de parto

El bienestar fetal durante el trabajo de parto es un punto que siempre tome muy en cuenta y estaba alerta ante cualquier alteración, así que trataba de acompañar lo más que podía a la paciente para tenerla en observación y así evitar anomalías.

Tome como referencia la indicación que nos menciona Cunningham, *et-al*¹² en donde dice que:

“Se recomienda que durante el primer periodo del trabajo de parto y en ausencia de anomalías, se revise la frecuencia cardiaca fetal inmediatamente después de una contracción al menos cada 30 min y después cada 15 min en el segundo periodo del trabajo de parto.

Para las mujeres con embarazos de riesgo, la auscultación del corazón fetal se lleva a cabo por lo menos cada 15 min durante la primera fase del trabajo de parto y cada 5 min durante la segunda fase”¹².

Siguiendo estrictamente estas indicaciones obtuvimos como resultados recién nacidos aparentemente sanos, excepto en algunas ocasiones con productos gemelares.

3.4.1.1.9. Exploración vaginal

Aunque no es muy recomendable realizar tactos vaginales debido a la infección provocada, en especial cuando se presenta la rotura temprana de membranas¹², en el Hospital era un paso de la valoración fundamental para evaluar el progreso del trabajo de parto basándome en el plano de Hodge.

La exploración vaginal la realicé mediante el método que explique en páginas anteriores, tomando precaución de no contaminarla con el área anal, por lo tanto valoraba a las paciente cada dos horas para no estarlas incomodándolas y sobre todo para evitar el edema vulvar.

Una indicación que les daba y que me funciono adecuadamente fue explicarles que me avisaran cuando sintieran la necesidad de defecar o miccionar pero que no pujaran porque solo se lastimarían; esto me ayudaba a tener noción de que el producto ya iba a nacer y así pude evitar tactos innecesarios.

3.4.1.1.10. Detección de rotura de membranas

A las pacientes que ya estaban por cumplir las 37 SDG y acudían al control prenatal siempre les hacía recordar los datos de alarma entre uno de ellos está el que si llegaba a presentar salida de líquido blanco o claro por la vagina y si le escurría en las piernas, les recalaba que acudieran rápidamente al Hospital porque su bebé y ella estaban en peligro sin importar la hora que fuera.

Es importante saber las consecuencias que produce la presencia de rotura de membranas como es la producción de una infección intrauterina debido al tiempo prolongado del nacimiento después de la rotura de membrana y se podría complicar cuando la presentación no está fija en la pelvis ya que podría ocurrir el prolapso y compresión del cordón umbilical¹².

Las pacientes que eran valoradas y presentaban rotura de membranas proseguía a hacer lo siguiente, si ya estaban en trabajo de parto activo y con presentación cefálica dejaba que evolucionara vigilando que no rebasara el tiempo correspondiente, en caso de que llegaran sin trabajo de parto se llamaba al Dr. Gineco-obstetra para que la revisara y de acuerdo a su diagnóstico las indicaciones eran las respuestas, si se iniciaba la inducción o se trasladaba al quirófano.

3.4.1.1.11. Exploración del cuello uterino

La valoración del cuello uterino en las pacientes durante el transcurso del trabajo de parto es indispensable para evaluar el progreso. Para ello existen varias características que hay que tomar en cuenta durante el tacto vaginal, Cunningham, *et-al*¹², nos menciona los siguientes:

“El grado de *borramiento del cuello uterino* suele expresarse en términos de la longitud de su conducto en comparación con la de un cuello sin borramiento. Cuando la longitud del cuello uterino se reduce a la mitad, tiene 50% de borramiento. Cuando se hace tan delgado como el segmento uterino inferior adyacente, se considera borrado por completo o al 100%”¹².

“La *dilatación del cuello uterino* se determina mediante el cálculo del diámetro promedio de la abertura del cuello uterino, al deslizar el dedo explorador desde el borde de la abertura del cuello uterino en uno de los lados hasta el lado opuesto. Se calcula el diámetro transversal en centímetros. Se dice que el cuello uterino tiene dilatación completa cuando el diámetro es de 10 cm, puesto que la presentación de un recién nacido a término suele pasar a través de un cuello con esa dilatación”¹².

“La *posición* del cuello uterino se determina a partir de la relación de su orificio con la cabeza fetal y se clasifica como posterior, media o anterior. Junto con la posición, la *consistencia* del cuello se describe como blanda, dura o intermedia”¹².

“El nivel (o *estación*) dentro del canal del parto en el que se localiza la parte fetal que se presenta se describe en relación con las espinas isquiáticas, situadas en un punto intermedio entre la entrada y la salida de la pelvis. Cuando la porción más baja de la parte del feto que se presenta se halla al mismo nivel que las espinas, se dice que se encuentra en la estación cero (0) y si la parte más baja de la cabeza fetal se encuentra en la estación 0 o más abajo, la mayor parte de las veces se halla ya encajada, lo que implica que el plano biparietal ya paso a través de la entrada de la pelvis”¹².

De acuerdo a estas características me basé para valorar a las pacientes por medio del tacto vaginal, de este modo llevaba el control del borramiento, la dilatación y la posición del cuello así como el plano o la estación en donde se encontraba el feto, mediante esta información sabía el tiempo que les faltaba para que se aliviaran y aprovechaba a enseñarles la técnica de respiración para que no se desesperaran.

3.4.1.1.12. Estudios de laboratorio

Durante las consultas de control prenatal traté de mantener los niveles normales de hemoglobina con las pacientes para evitar que llegaran a presentar anemia por este factor que produce el retardo en el crecimiento intrauterino (CIUR), puede llegar a producir parto prematuro y más aún presenciar la morbimortalidad materna causada por la hemorragia posparto.

De acuerdo al párrafo anterior, cabe mencionar que siempre solicitaba los estudios del laboratorio a la paciente cuando comenzaban con trabajo de parto, para tener presente las cifras que manejaba en ese momento y así tomar medidas de prevención, en caso de que se halla presenciado hemorragia durante el transcurso del parto proseguía a solicitar otro estudio de laboratorio para evaluar los niveles de hematocrito y así planear las intervenciones adecuadas para la recuperación del puerperio fisiológico inmediato.

3.4.1.1.13. Vigilancia de la actividad uterina durante el parto:

El objetivo de estar vigilando la actividad uterina, es lograr que la paciente curse de manera adecuada el proceso fisiológico del alumbramiento sin presencia de distocias. Vigilar que presente de 3 a 4 contracciones en 10 min. Con una duración de 45 a 60 segundos para poder pasarla a la sala de expulsión, siempre y cuando tuvieran dilatación y borramiento completo.

Después de haber identificado el trabajo de parto de acuerdo al cuadro que mencione en el punto 3.4.1.1.2, y estar segura de que ha comenzado con el segundo periodo de parto que es el de la fase activa, manejaba dos formas de vigilar la actividad uterina las cuales son la manual y la electrónica.

3.4.1.1.13.1. Vigilancia manual de la presión uterina

Este método consiste en colocar la mano sobre el abdomen de la paciente y llevar el registro en una hoja, en ella anotaba la hora en que iniciaba y terminaba la actividad uterina hasta por una hora, de acuerdo a los datos obtenidos enseguida analizaba la duración de cada contracción y el tiempo que duraba en empezar otra contracción, cuando veía que las contracciones eran regulares, con intervalos de tiempo cada vez más cortos y con intensidad en aumento, sabía que mi paciente estaba pasando al tercer periodo del trabajo de parto.

Cunningham, *et-al*¹², menciona que su intensidad se determina a partir del grado de firmeza que el útero alcanza. En el punto máximo de las contracciones efectivas, el pulgar o los otros dedos no pueden penetrar con facilidad el tejido uterino si la contracción es “firme”. A continuación se determina el momento en el que la contracción termina.

3.4.1.1.13.2. Vigilancia electrónica

Consiste en la colocación de un transductor de presión el cual se sostiene contra la pared abdominal para que pueda transmitir la dinámica uterina, la ventaja de este tipo de monitorización externa es que nos indica apropiadamente el inicio de la contracción, el punto de la intensidad máxima y el final de la contracción.

Estos estudios me sirvieron para justificar el control de la actividad uterina y que durante el transcurso de mi guardia no se habían presentado alteraciones en las pacientes.

3.4.1.1.13.3. Características de la actividad uterina

Les expliqué a las pacientes que cuando estuvieran cursando las últimas semanas del embarazo empezarían a presentar molestias, debido a que en ese periodo la actividad uterina aumenta de forma gradual proceso por el que tienen que pasar para que su cuerpo se fuera preparando para que posteriormente comenzaran con el primer periodo del trabajo de parto, a este proceso se la conoce como las contracciones de Braxton Hicks.

3.4.1.1.14. Signos vitales maternos

Cuando las pacientes ingresaban a la sala de hospitalización, les tomaba los signos vitales para valorar la temperatura, el pulso y la presión arterial materna cada 4 horas y los registraba en la hoja de enfermería, en caso de que la paciente presentara rotura de membranas muchas horas antes de que comenzara con el trabajo de parto u observara que presentara febrícula; los signos vitales los tomaba de manera horaria.

Cunningham, et-al¹², nos dice que en presencia de rotura prolongada de membranas, definida mayor de 18 h, se recomienda administrar antimicrobianos para la prevención de infecciones por estreptococos del grupo B.

3.4.1.1.15. Exploraciones vaginales subsiguientes

En el caso de las pacientes que se les rompía las membranas les realizaba la exploración para descartar prolapso del Cordón umbilical y enseguida revisaba rápidamente y después de la siguiente contracción uterina la frecuencia cardiaca fetal, para estar segura de que no se haya comprimido el Cordón umbilical.

Las subsiguientes exploraciones pélvicas las realizaba periódicas a intervalos de 2 a 3 h, con objetivo de valorar el avance del trabajo de parto y descartar anomalías.

3.4.1.1.16. Soluciones intravenosas

Fue importante valorar a las pacientes para ver si en realidad necesitaban la administración de soluciones fisiológicas ya que no se debería de hacer de forma rutinaria.

No todas las pacientes requieren soluciones intravenosas cuando inician con el trabajo de parto o cuando nacen los productos ya que existen mujeres que toleran bien el proceso del parto y no hay necesidad de suministrarle solución fisiológica; sin embargo, tuve muchas pacientes que llegaban a presentar estrés, ansiedad y mucha desesperación esto los llevaba al agotamiento, y

deshidratación, por lo tanto cuando estaban en periodo expulsivo ya no podían pujar, así que proseguía a administrarles glucosa o sodio para hidratarlas y así pudieran recuperar fuerzas.

Cuando las pacientes presentaban trabajo de parto prolongado inmediatamente las canalizaba para ayudarles a recuperar los electrolitos y también para iniciar la conducción del parto, de acuerdo a las indicaciones del Dr. Gineco-obstetra. También use el suministro de soluciones fisiológicas durante el puerperio fisiológico inmediato como tratamiento profiláctico con oxitocina para evitar la atonía uterina.

3.4.1.1.17. Alimentos por vía oral

Cuando las pacientes iniciaban con trabajo de parto se les recomendaba que comieran bien para poder usar esa energía en el parto, además durante el trabajo de parto y parto la digestión de los alimentos ya no se absorbe y permanecen en el estómago y como consecuencia les podría producir regurgitación y aspirarse. Otro motivo era que las tenía que tener preparadas por si se complicaba el parto, manteniéndolas en ayuno era favorable trasladarlas al quirófano.

De acuerdo a los motivos expuestos en el párrafo anterior, esto no significa que en algunas ocasiones les brindara sorbos de agua o gasas mojadas para humectar los labios ya que el trabajo de parto las agotaba y deshidrataba y esto les ayudaba a tranquilizarse.

3.4.1.1.18. Posición de la madre

Cuando las pacientes cursaban el trabajo de parto en fase latente se les indicaba que caminaran o se sentaran no necesariamente tenían que estar acostadas en la cama, junto con ellas practicábamos la técnica de respiración para que cuando estuvieran en la fase activa y en expulsivo pudieran controlar adecuadamente sus inhalaciones y exhalaciones.

Es importante valorar la posición de la madre que cursa el trabajo de parto en fase activa, por tal motivo acomodaba a las pacientes en decúbito lateral izquierda. Esta posición les ayuda a impedir la compresión de la aorta y cava lo cual produce la reducción de la perfusión uterina por lo que les ayuda a un mejor riego sanguíneo y a una adecuada oxigenación para el feto. Aprovechaba la ocasión para aplicarles masaje en la columna en cada contracción para ayudarlas a que se relajaran.

3.4.1.1.19. Amniotomía

La amniotomía nunca se llegó a realizar de forma rutinaria en el hospital, solo cuando el médico nos indicaba y las ocasiones que las realice fue para acelerar el parto o detectar si el líquido amniótico presentaba meconio.

Antes de realizar la amniotomía me aseguraba de que la cabeza fetal estuviera bien encajada en el cuello uterino, tomaba precaución para no desalojar la cabeza de la pelvis durante el procedimiento para evitar el prolapso del cordón umbilical. Y la realizaba acomodando a la paciente en posición de litotomía, esperaba una contracción y con la mano izquierda introducía dos dedos en la vagina para despejar el área, mientras que con la mano derecha rompía las membranas de manera lentamente para evitar la salida brusca del líquido amniótico.

Hay que tomar en cuenta que las desventajas que se pueden presentar al practicar la amniotomía es la producción de corioamnionitis al realizarla en un periodo temprano del parto y los tipos de compresión del cordón incrementan de leve a moderado. Aunque no presenciamos ningún caso.

3.4.1.1.20. Función de la vejiga

Hay que valorar que en el trabajo de parto sobre todo en el periodo activo o expulsivo no haya distensión vesical, Cunningham, *et-al*¹², nos refieren que la distensión obstaculiza el descenso de la presentación y propicia a una hipotonía subsiguiente del órgano e infección, y que los factores de riesgo que incrementan la posibilidad de retención urinaria son primiparidad, inducción o conducción del trabajo de parto con oxitocina, desgarros perineales, parto instrumentado, cateterismo durante el parto y trabajo de parto con duración mayor de 10 h.

Cada que valoraba a las pacientes les recordaba que fueran al baño a miccionar aunque tuvieran muy poco orine en la vejiga porque esto nos ayudaría para que su bebé bajara más rápido, en algunas ocasiones cuando ya estábamos en la sala de expulsión y el feto no quería bajar debido a que la vejiga estaba llena procedía a sondear a la paciente para ayudar al descenso del producto.

3.4.1.1.21. Episiotomía

Cunningham, *et-al*¹², argumenta que la episiotomía debe aplicarse de manera selectiva en indicaciones fetales como distrofia de hombros y producto pélvico, aplicación de fórceps o extractor al vacío, posiciones occipitoposteriores y casos en los que pueda ocurrir la rotura del perineo si no se practica una episiotomía

La episiotomía la realizaba de forma media lateral y solo cuando visualizaba la cabeza del feto con un diámetro aproximado de 3 a 4 cm en presencia de una contracción, con la mano izquierda protegía la cabeza fetal y con la derecha con una tijera realizaba el corte. Tomemos en cuenta de que si efectúa en el momento impreciso se puede presentar hemorragia.

3.4.1.1.22. Preparación para el parto

Para terminar el proceso de valoración durante el trabajo de parto, concluyo con la preparación de la paciente para el parto lo cual consta de lo siguiente: pasar a la paciente a la sala de expulsión con su bata y la solución, acomodarla en la mesa de exploración en posición de litotomía, acomodar la solución, colocar campos e indicarle que no introduzca sus manos en el área estéril, hacer asepsia y antisepsia del área genital. Posteriormente proseguimos con la atención del parto.

3.4.1.2. Diagnósticos Enfermeros

Potter, *et-al*³³, nos refieren que un diagnostico enfermero es un juicio clínico que realiza el (a) enfermero (a) sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a los procesos vitales.

“La formulación de un diagnostico enfermero es el resultado de un proceso diagnóstico durante el cual la enfermera utiliza el pensamiento crítico y tiene en cuenta los datos físicos, de desarrollo, intelectuales, emocionales, sociales y espirituales obtenidos durante la valoración”³³.

De acuerdo al párrafo anterior los diagnósticos enfermeros se realizaron mediante las observaciones del entorno de la comunidad de Acatepec y en base a la valoración realizada a las pacientes, lo cual están acomodados de acuerdo a los dominios de la NANDA:

Diagnósticos de enfermería³⁴:

ETIQUETA DE DxE	DEFINICION	FACTORES RELACIONADOS
<u>Dominio 1: promoción de la salud.</u> Descuido personal	Constelación de conductas culturalmente enmarcadas que implican una o más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso por mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables.	r/c estilo de vida.
Mantenimiento ineficaz de la salud	Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.	r/c habilidades para la comunicación deficientes, recursos insuficientes.

<p><u>Dominio 2: nutrición.</u></p> <p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades</p>	<p>Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.</p>	<p>r/c factores económicos.</p>
<p>Riesgo de desequilibrio electrolítico</p>	<p>Riesgo de cambio en el nivel de electrólitos séricos que puede comprometer la salud.</p>	<p>r/c desequilibrio de líquidos, deshidratación.</p>
<p>Déficit de volumen de líquidos</p>	<p>Disminución de líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida sólo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.</p>	<p>r/c perdida activa del volumen de líquidos.</p>
<p><u>Dominio 3: eliminación e intercambio.</u></p> <p>Incontinencia urinaria de esfuerzo</p>	<p>Perdida súbita de orina al realizar actividades que aumentan la presión intraabdominal</p>	<p>r/c deficiencia del esfínter uretral interno.</p>
<p>Estreñimiento</p>	<p>Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa y/o incompleta de heces excesivamente duras y secas.</p>	<p>r/c embarazo. Deshidratación y un aporte insuficiente de fibras y líquidos.</p>
<p><u>DOMINIO 4:</u></p> <p><u>actividad/reposo.</u></p> <p>Trastorno del patrón de sueño.</p>	<p>Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.</p>	<p>r/c responsabilidades como cuidador.</p>
<p>Fatiga</p>	<p>Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico</p>	<p>r/c anemia, malnutrición, embarazo.</p>

	al nivel habitual.	
Riesgo de sangrado	Riesgo de disminución del volumen del sangre que puede comprometer la salud.	r/c complicaciones posparto y complicaciones relacionadas con el embarazo.
<u>Dominio 5:</u> autopercepción/cognición. Conocimientos deficientes	Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.	r/c mala interpretación de la información, poca familiaridad con los recursos para obtener la información.
Disposición para mejorar los conocimientos	La presencia o adquisición de información cognitiva sobre un tema específico es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y puede ser reforzada	
Baja autoestima situacional	Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.	r/c cambio en el rol social, alteración de la imagen corporal.
<u>Dominio 7: rol/relaciones.</u> Lactancia materna eficaz	La familia o la díada madre-lactante de muestra una habilidad adecuada y satisfacción con el proceso de lactancia materna.	r/c conocimientos básicos sobre la lactancia materna y estructura normal de la mama.
Lactancia materna ineficaz	La madre, el lactante o el niño experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de lactancia materna.	r/c déficit de conocimientos, reflejo de succión débil del lactante y anomalías de la mama.
<u>Dominio 8: sexualidad.</u> Riesgo de alteración de la díada materno/fetal	Riesgo de alteración de la díada simbiótica materno/fetal como resultado de comorbilidad o condiciones relacionadas con el	r/c complicaciones del embarazo y compromiso del transporte de O ₂ .

	embarazo.	
Disposición para mejorar el proceso de maternidad	Patrón de preparación, mantenimiento y refuerzo de un embarazo, alumbramiento y cuidado del recién nacido saludable.	
<u>Dominio 9: afrontamiento/tolerancia al estrés.</u> Síndrome de estrés del traslado	Trastorno fisiológico o psicológico tras el traslado de un entorno a otro.	r/c falta de asesoría antes del traslado y barreras lingüísticas.
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida o las conductas de forma que mejore el estado de salud.	r/c situación socioeconómica baja, apoyo social inadecuado y múltiples agentes estresantes.
Duelo	Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.	r/c anticipación de la pérdida de una persona significativa o con la del embarazo.
Temor	Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.	r/c barreras idiomáticas y falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales.
<u>Dominio 11: seguridad/protección.</u>	Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.	r/c defensas secundarias inadecuadas (disminución de la hemoglobina),

Riesgo de infección		malnutrición, rotura prematura de las membranas amnióticas y rotura prolongada de las membranas amnióticas.
Deterioro de la dentición	Alteración de los patrones de erupción o desarrollo de los dientes o de la integridad estructural de la dentadura.	r/c barreras para el autocuidado, falta de conocimientos sobre la salud dental y déficits nutricionales.
Protección ineficaz	Disminución de la capacidad para auto protegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones.	r/c perfiles hematológicos anormales, nutrición inadecuada.
Riesgo de traumatismo vascular	Riesgo de lesión en una vena y tejidos circundantes relacionado con la presencia de un catéter y/o con la perfusión de soluciones.	r/c calibre del catéter y ritmo de infusión.
Riesgo de contaminación	Acentuación del riesgo de exposición a contaminantes ambientales en dosis suficientes para causar efectos adversos para la salud.	r/c vivir en condiciones de pobreza (aumenta el potencial de exposición múltiple, falta de acceso a los cuidados de salud y dieta inadecuada), prácticas de higiene personal, edad gestacional durante la exposición, embarazo.
Hipotermia	Temperatura corporal por debajo de rango normal.	r/c exposición a un entorno frío, medicamentos.
<u>Dominio 12: confort.</u> Dolor agudo	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión	r/c las contracciones uterinas durante el trabajo

	tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.	de parto y parto.
Náuseas	Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar.	r/c la elevación de los estrógenos, la hipoglucemia o la disminución de la motilidad gástrica y la presión que ejerce el útero aumentado de tamaño sobre el cardias.

3.4.1.3. Planeación de Cuidados

Una vez que se hizo la valoración y la formación de diagnósticos enfermeros, pasamos a la siguiente etapa de planificación del proceso enfermero.

Potter, *et-al*³³, explica que la planificación de cuidados es una categoría de conductas enfermeras en donde se establecen objetivos centrados en el paciente y se esperan resultados, para ello se tienen que seleccionar intervenciones enfermeras para conseguir los objetivos y resultados de los cuidados.

En esta etapa del Proceso de atención de Enfermería además de brindar cuidados hacia el paciente, es importante que el personal de enfermería revise bibliografía para fundamentar sus intervenciones y para adquirir conocimientos y así pueda ir modificando los cuidados de acuerdo a las necesidades de la salud de cada paciente.

Planeación del cuidado³⁵⁻³⁶.

DxE	OBJETIVOS	INTERVENSION DE ENFERMERIA
Descuido personal r/c estilo de vida.	La persona aprenderá los principios básicos de autocuidado de acuerdo a	<ul style="list-style-type: none"> • Pláticas sobre el aseo personal. • Realizar rotafolios con dibujos en donde se pueda identificar

	su cultura.	<p>a las personas con un adecuado cuidado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivar a la persona no importa que sea de recursos económicos bajos, que ella también puede adquirir una buena presentación personal. • Mencionar las ventajas que nos aportan el aprender a autocuidarnos.
Mantenimiento ineficaz de la salud r/c habilidades para la comunicación deficientes, recursos insuficientes.	La persona se le facilitará la comunicación con el personal de salud y podrá adquirir los medicamentos gratuitamente.	<ul style="list-style-type: none"> • Se solicitará un traductor para una comunicación adecuada. • Se le tomará más importancia a la necesidad más afectada en ese momento a la hora de la exploración. • Orientar a los pacientes a cerca de las oficinas que tienen que acudir a realizar sus trámites para los exentos de pago por los medicamentos.
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c factores económicos.	La persona será capaz variar su alimentación con la cantidad correcta de vitaminas y minerales de acuerdo a los recursos económicos disponibles.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar rotafolio del plato del bien comer con los alimentos que más se cosechan en su localidad. • Explicar cómo se puede variar el consumo de los alimentos. • Orientar sobre las aportaciones nutrimentales de los alimentos. • Programar las citas a la consulta

		para evaluar el estado nutricional.
Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c desequilibrio de líquidos, deshidratación.	La persona mantendrá la densidad de la orina dentro de los límites normales.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar la necesidad de la ingesta de cuando el paciente tiene fiebre. • orientar cómo identificar la deshidratación y como intervenir aumentando el aporte de líquidos.
Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida activa del volumen de líquidos.	La persona mantendrá la densidad de la orina dentro de los límites normales.	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la ingesta: garantizar al menos un aporte oral de 2 000 ml al día. • Vigilar la diuresis mínima de 1 000-1500 ml cada 24 horas. • Tener en cuenta las pérdidas insensibles adicionales de líquidos asociados a los vómitos y a la fiebre. • Desconocimiento: Valorar si la persona comprende las razones para mantener una hidratación adecuada y los métodos para alcanzar el objetivo del aporte de líquidos. Implicar a los familiares y continuar con la educación.
Incontinencia urinaria de esfuerzo r/c deficiencia del esfínter uretral interno.	La persona manifestara una disminución o desaparición de la incontinencia de esfuerzo	<ul style="list-style-type: none"> • Dar las instrucciones para los ejercicios de los músculos de suelo de la pelvis: Para los músculos anteriores, imaginar que se intenta

		<p>interrumpir la micción, tensar los músculos perianales durante 10 segundos y luego relajarlos.</p> <p>Esperar 10 segundos antes de la contracción siguiente. Repetir el ejercicio 10 veces, cuatro sesiones al día.</p> <p>Iniciar e interrumpir el chorro de orina varias veces durante la micción. Esta prueba no debe realizarse más de una vez al día.</p> <p>Explicar que los ejercicios del suelo de la pelvis comienzan a ser eficaces al cabo de 6-8 semanas y reducen la pérdida de orina en un 50 y 100%.</p> <p>Aconsejar realizar los ejercicios de mantenimiento al menos tres veces por semana una vez alcanzado el resultado óptimo.</p>
<p>Estreñimiento r/c embarazo, deshidratación y un aporte insuficiente de fibras y líquidos.</p>	<p>La persona manifestará una frecuencia de al menos una defecación cada 2-3 días.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar que la rutina de la defecación debe formar parte de la rutina diaria. • Proporcionar estímulos para la defecación. • Fomentar el ejercicio físico moderado y frecuente. • Contraer varias veces los músculos abdominales, con frecuencia, a lo largo del día. • Tener en cuenta las limitaciones

		<p>económicas (fomentar el consumo de frutas y verduras propias de cada estación).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluir aproximadamente 800 g de fruta y verdura (unas cuatro piezas de fruta y una ensalada grande) para el movimiento intestinal diario normal. • Fomentar el consumo de al menos 2 litros (8-10 vasos) de agua al día. • Fomentar las preferencias por los líquidos. • Desaconsejar el consumo diario de zumo de café, té, refrescos de cola y bebidas de chocolate.
<p>Trastorno del patrón del sueño r/c responsabilidades como cuidador.</p>	<p>La persona manifestara un equilibrio optimo entre descanso y actividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la persona y sus familiares las causas de las alteraciones del sueño y el reposo y las posibles maneras de evitar o minimizar dichas causas. • Utilizar la cama únicamente para actividades relacionadas con el sueño. • Utilizar almohadas de apoyo (miembros doloridos, embarazos, abdomen voluminoso y espalda).

<p>Fatiga r/c anemia, malnutrición y embarazo.</p>	<p>La persona participara en actividades que estimulen y equilibran los dominios físico, cognitivo, afectivo y social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento nutricional. • Manejo de los trastornos de la alimentación. • Manejo del peso. • Fomento del ejercicio. • Terapia de relajación simple.
<p>Riesgo de sangrado r/c complicaciones posparto y complicaciones relacionadas con el embarazo.</p>	<p>La paciente no presentará complicaciones causadas por la hemorragia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el fondo uterino cada 5 min. Durante la primera hora del parto: La altura debe estar a nivel de cicatriz umbilical después del parto. El tamaño debe estar aproximadamente al de una manzana. La consistencia debe ser dura. • Descartar la hemorragia perineal. Mantener el registro del número de compresas utilizadas y de su grado de saturación. • Capacitar a la paciente sobre los datos de alarma durante el estado grávido y posparto, para que acudan rápidamente al hospital.
<p>Conocimientos deficientes r/c mala interpretación de la información, poca</p>	<p>La paciente adquirirá los conocimientos básicos para poder enfrentarse a una nueva etapa de su</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preparación al parto. • Cuidados prenatales.

familiaridad con los recursos para obtener la información.	vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Guía de anticipación. • Cuidados posparto. • Asesoramiento en la lactancia. • Asesoramiento nutricional.
Disposición para mejorar los conocimientos	La persona es capaz de ayudar a las demás personas para comprender el tema.	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar las habilidades de las personas para facilitar el aprendizaje de los demás.
Bajo autoestima situacional r/c cambio en el rol social, alteración de la imagen corporal.	La persona expresará una perspectiva de futuro positiva y recuperará el nivel de función previo.	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar empatía, no ser crítico. • Escuchar. No impedir las expresiones de enojo, el llanto, etc. • Aclarar la relación entre los acontecimientos de la vida. • Ayudar a la persona a aceptar tanto los sentimientos positivos como los negativos. • Transmitir confianza en la capacidad de la persona. • Transmitir a la persona que puede controlar el cambio.
Lactancia materna eficaz r/c conocimientos básicos sobre la lactancia materna y estructura normal de la mama.		
Lactancia materna ineficaz r/c déficit de conocimiento, reflejo de	La madre manifestará confianza en establecer una lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> • Posición cómoda. • Utilizar almohadas para la

<p>succión débil del lactante y anomalías de la mama.</p>	<p>eficaz y satisfactoria.</p> <p>La madre demostrará una lactancia materna eficaz de forma independiente.</p>	<p>posición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demostrar cómo se debe acomodar al niño para lograr una adecuada succión. • Enseñar a la madre la técnica del amamantamiento. • Asegurarse de que el bebé tiene el pezón y parte de la areola dentro de su boca.
<p>Riesgo de alteración de la diada materno/fetal r/c complicaciones del embarazo y compromiso del transporte de O₂.</p>	<p>El binomio no presentará dificultades durante el embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar la frecuencia cardiaca fetal. • Descartar la aparición de características anómalas de la frecuencia o del ritmo cardiaco fetal. • Valorar la temperatura materna. • Aumentar la hidratación en la madre. • Colocar a la madre en decúbito lateral izquierdo. • Administrar oxígeno mediante mascarilla.
<p>Disposición para mejorar el proceso de maternidad.</p>		
<p>Síndrome de estrés del traslado r/c falta de asesoría antes del traslado y barreras</p>	<p>La persona manifestará una adaptación al nuevo ambiente sin trastornos fisiológicos ni psicológicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Todo personal debe conocer y comprender la complejidad del proceso, tanto para el paciente como para la familia, antes de combatir

<p>lingüísticas.</p>	<p>Establecerá nuevos lazos en el entorno actual.</p>	<p>activamente los factores de estrés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la aportación de la persona al nuevo ambiente cuando sea posible, como la decoración y la disposición del mobiliario. • Fomentar un ambiente de bienvenida cálido y limpio.
<p>Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud r/c situación socioeconómica baja, apoyo social inadecuado y múltiples agentes estresantes.</p>	<p>La persona mostrará empatía en tratar de mejorar el estado de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimularlas a realizar actividades para que puedan mejorar el estado de salud. • Realizar visitas domiciliarias para observar el entorno en donde vive y luego realizar recomendaciones. • Canalizarla con el psicólogo en caso de requerirlo. • Realizar promoción y prevención a la salud en cada consulta.
<p>Duelo r/c anticipación de la pérdida de una persona significativa o con la del embarazo.</p>	<p>La persona expresará su duelo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación de confianza. • Fomentar la autoestima a través de sesiones individuales o de grupo. • Nunca tratar de minimizar la pérdida. • Ofrecer apoyo y tranquilidad.

		<ul style="list-style-type: none"> • Crear un entorno tranquilo. • Demostrar respeto hacia la cultura, la religión, la raza y los valores de la persona.
<p>Temor r/c barreras idiomáticas y falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales.</p>	<p>El adulto manifestará un aumento de su bienestar psicológico y fisiológico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente extraño: <p>Orientar en el ambiente con explicaciones sencillas, hablar de forma lenta y tranquila, evitar los estímulos dolorosos.</p> <p>Proporcionar un espacio personal, permanecer con ella mientras subsista el temor (escuchar), pedir a los familiares y amigos que permanezcan con la persona y utilizar el contacto físico según lo tolere.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implicar a la persona en el proceso del tratamiento, informar por adelantado acerca de la pruebas.
<p>Riesgo de infección r/c defensas secundarias inadecuadas (disminución de la hemoglobina), malnutrición, rotura prematura de las membranas amnióticas y rotura prolongada de las membranas amnióticas.</p>	<p>La persona conocerá los factores de riesgo asociados a la infección y las precauciones necesarias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente y a los familiares los signos y síntomas de infección. • Analizar los hábitos de higiene personal del paciente. • Promover y mantener el consumo de calorías y proteínas en la dieta. • Observar la aparición de manifestaciones clínicas de infección en los pacientes de

		<p>alto riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interpretación de datos de laboratorio. • Cuidados del recién nacido. • Cuidados perineales. • Monitorización de los signos vitales.
<p>Deterioro de la dentición r/c barreras para el autocuidado, falta de conocimientos sobre la salud dental y déficits nutricionales.</p>	<p>La persona podrá realizar los cuidados básicos sobre la dentición.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se le programará cita con el odontólogo de la unidad de salud. • Se capacitará sobre la alimentación para la conservación de los dientes. • Demostrar la técnica adecuada para la limpieza de los dientes. • Explicarle que alimentar al bebé y embarazarse muy seguido descalcifica los dientes. • En caso de sufrir extrema pobreza, explicar remedios caseros para el cuidado de los dientes.
<p>Protección ineficaz r/c perfiles hematológicos anormales y nutrición inadecuada.</p>	<p>La persona no presentará datos que pueda amenazar el estado grávido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar estudios hematológicos. • Valorar la hemoglobina, el hematocrito y los leucocitos. • Aumentar el consumo de alimentos ricos en hierro para

		<p>mejorar los resultados de hemoglobina.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado nutricional.
<p>Riesgo de traumatismo vascular r/c calibre del catéter y ritmo de infusión.</p>	<p>La persona no sufrirá consecuencias por la invasión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Calcular adecuadamente la infusión de cada solución. • Tomar medidas drásticas al implementar el sulfato de magnesio en pacientes con preeclampsia. • Utilizar la oxitocina con precaución.
<p>Riesgo de contaminación r/c vivir en condiciones de pobreza (aumenta el potencial de exposición múltiple, falta de acceso a los cuidados de salud y dieta inadecuada), prácticas de higiene personal, edad gestacional durante la exposición, embarazo.</p>	<p>La paciente cursará el embarazo sin presentar datos de contaminación, y sabrá cómo protegerse contra ellos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar que los insecticidas y pesticidas deben estar alejados de la casa en donde duermen o comen a diario. • Los animales deben estar encerrados y no deben vivir con las personas. • Hacerles comprender que la higiene personal debe hacerse con periodicidad y explicarles las consecuencias. • La paciente no debe estar en contacto con pinturas, cetonas. • Durante el embarazo no deben de ingerir bebidas alcohólicas ni cigarrillos. • Utilizar preservativo en cada acto sexual.

<p>Hipotermia r/c exposición a un entorno frío y medicamentos.</p>	<p>La persona mantendrá la temperatura corporal dentro de los límites normales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar mantas para conservar la temperatura. • Manejo de líquidos calientes. • Vigilancia de la piel. • Monitorización de los signos vitales.
<p>Dolor agudo r/c las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y parto.</p>	<p>La persona manifestará alivio tras una medida calmante satisfactoria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestar al paciente que se acepta su respuesta al dolor. • Reconocer la presencia del dolor. • Explicar el concepto de dolor como una experiencia personal. • Examinar las razones por las que una persona puede experimentar un aumento o disminución del dolor. • Explicar al paciente las causas de su dolor, si se conocen. • Comunicar, si se sabe, cuánto durará el dolor. • Explicar detalladamente las pruebas y procedimientos diagnósticos, describiendo las incomodidades y sensaciones que se percibirán y su duración aproximada. • Valorar las constantes vitales, especialmente la frecuencia respiratoria, antes de

		<p>administrar la medicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elogiar su resistencia y hacerle sentir que controla bien su dolor, sin tener en cuenta como se halla comportado. • Comentar con el paciente y su familia las medidas conservadoras de alivio. • Enseñar las técnicas más idóneas al paciente y a su familia principalmente la técnica de respiración y los tipos de masajes. • Explicar el curso previsible del dolor si se conoce.
<p>Nauseas r/c la elevación de los estrógenos, la hipoglucemia o la disminución de la motilidad gástrica y la presión que ejerce el útero aumentado de tamaño sobre el cardias.</p>	<p>La persona manifestará menos náuseas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de medicación. • Manejo del dolor. • Manejo del vomito. • Técnica de relajación. • Precauciones para evitar la aspiración. 350.

3.4.1.4. Intervenciones de enfermería adaptadas de acuerdo al NIC, desde una perspectiva sociocultural implementadas en el Hospital Comunitario de Acatepec

Las siguientes intervenciones de enfermería son las que se estuvieron realizando con mayor frecuencia durante el transcurso del servicio social³⁷:

3.4.1.4.1. Cuidados prenatales

Definición: control y seguimiento de la paciente durante el embarazo para evitar complicaciones y promover un resultado saludable tanto para la madre como para el bebé.

- ✓ Instruir a la paciente acerca de la importancia de los cuidados prenatales durante todo el embarazo.
- ✓ Animar al padre a que participe en los cuidados prenatales.
- ✓ Instruir a la paciente acerca de la nutrición necesaria durante el embarazo.
- ✓ Vigilar el estado nutricional.
- ✓ Vigilar las ganancias de peso durante el embarazo.
- ✓ Remitir a la paciente a programas de alimentación complementaria (mujeres, preescolares y niños).
- ✓ Instruir a la paciente en los ejercicios y reposo adecuados durante el embarazo.
- ✓ Instruir a la paciente acerca de la ganancia de peso deseada, en función al peso anterior al embarazo.
- ✓ Vigilar la presión sanguínea.
- ✓ Controlar los niveles de glucosa y proteína en orina.
- ✓ Vigilar el nivel de hemoglobina.
- ✓ Observar tobillos, manos y cara en busca de edema.
- ✓ Explorar los reflejos de tendones profundos.
- ✓ Instruir a la paciente sobre los signos de peligros que impliquen una notificación inmediata.
- ✓ Medir la altura de fundus y compararlo con la edad gestacional.
- ✓ Asesorar a la paciente acerca de los cambios en la sexualidad durante el embarazo.
- ✓ Asesorar a la paciente sobre los modos de adoptar el ambiente de trabajo para que cumpla con las necesidades físicas del embarazo.

- ✓ Ofrecer una guía anticipada a la paciente acerca de los cambios fisiológicos y psicológicos que acompañan al embarazo.
- ✓ Ayudar a la paciente en la aceptación de los cambios asociados con el embarazo.
- ✓ Instruir a la paciente en el crecimiento y desarrollo fetales.
- ✓ Comprobar la frecuencia cardíaca fetal.
- ✓ Enseñar a la paciente a monitorizar la actividad fetal.
- ✓ Enseñar a la paciente las estrategias de autoayuda para aliviar las molestias comunes del embarazo.
- ✓ Instruir a la paciente sobre los efectos dañinos que produce el tabaco al feto.
- ✓ Instruir a la paciente sobre los retatógenos ambientales que deberá evitar durante el embarazo.
- ✓ Dar a los padres la oportunidad de oír los tonos cardíacos fetales lo antes posible.
- ✓ Dar a los padres la oportunidad de ver la imagen por ecografía del feto.
- ✓ Determinar antes del nacimiento si los padres ya disponen de nombres para los dos géneros.
- ✓ Remitir a la paciente a las clases de preparación para el alumbramiento.
- ✓ Remitir a la paciente a clases de cuidados de bebés/maternidad, si procede.

3.4.1.4.2. Preparación al parto

Definición: proporcionar información y apoyo para facilitar el parto y potenciar la capacidad de desarrollo y realización por parte de una persona del papel parental.

- ✓ Enseñar a la madre y a la pareja la fisiología de los dolores y el parto.
- ✓ Examinar el plan del nacimiento para los dolores y el parto (p. ej., entorno, quien asistirá a la madre, quien esperara, que tecnología se utilizara, quien cortara el cordón, preferencias de alimentación y planes para el alta).
- ✓ Instruir a la madre y a la pareja sobre los signos del parto.
- ✓ Informar a la madre sobre cuando acudir al hospital en la preparación al parto.

- ✓ Discutir con la madre las opciones para controlar el dolor.
- ✓ Instruir a la madre sobre los pasos a seguir si se desea evitar la episiotomía, como masajes perineales, ejercicios de kegel, nutrición óptima y un tratamiento precoz de vaginitis.
- ✓ Informar a la madre de las opciones del parto si surgen complicaciones.
- ✓ Explicar la monitorización sistémica que puede producirse durante los dolores y el parto.
- ✓ Enseñar a la madre y al asistente las técnicas de respiración y relajación que se van a utilizar durante los dolores y el parto.
- ✓ Enseñar al asistente medidas de alivio del paciente durante el parto (frotar la espalda, presión en la espalda y posición).
- ✓ Preparar al asistente para que instruya a la madre durante los dolores y el parto.
- ✓ Comentar las ventajas y las desventajas de dar el pecho y la alimentación con el biberón.
- ✓ Instruir a la madre para que prepare los pezones para dar el pecho, según se le indique.
- ✓ Animar a la madre a ponerse al bebé sobre el pecho después del parto.
- ✓ Proporcionar la oportunidad a la madre de entrar en estrecho contacto con el bebé durante la hospitalización posparto para facilitar el vínculo y la lactancia materna.
- ✓ Determinar el conocimiento y la actitud de la paciente sobre la maternidad.
- ✓ Proporcionar asesoramiento por anticipado sobre la maternidad/paternidad.
- ✓ Ayudar a la paciente a seleccionar un médico o clínica para recibir supervisión de cuidados infantiles para el recién nacido.

3.4.1.4.3. Cuidados intraparto

- ✓ Determinar si la paciente está con dolores.
- ✓ Determinar si las membranas se han roto.
- ✓ Ingresar en el área de partos.

- ✓ Determinar la preparación y objetivos de la paciente para el parto.
- ✓ Preparar a la paciente para el parto según protocolo, solicitud del practicante y las preferencias de la paciente.
- ✓ Cubrir a la paciente para asegurar la intimidad durante el examen.
- ✓ Realizar las maniobras de Leopold para determinar la posición fetal.
- ✓ Realizar examen vaginal.
- ✓ Monitorizar los signos vitales maternos entre las contracciones, según protocolo o si es necesario.
- ✓ Auscultar el corazón del feto cada 30 a 60 minutos durante los primeros dolores, cada 15 a 30 minutos durante los dolores activos, y cada 5 a 10 min en el segundo estadio, dependiendo el estado de riesgo.
- ✓ Auscultar la frecuencia cardiaca del feto entre las contracciones para establecer los datos de guía.
- ✓ Monitorizar la frecuencia cardiaca del feto durante y después de las contracciones para detectar desaceleraciones o aceleraciones.
- ✓ Aplicar monitor electrónico fetal, según protocolo o si procede, para obtener información adicional.
- ✓ Informar de los cambios anormales de frecuencia cardiaca fetal al responsable del parto.
- ✓ Palpar las contracciones para determinar la frecuencia, duración, intensidad y tono de reposo.
- ✓ Fomentar la deambulación durante los primeros dolores.
- ✓ Monitorizar el nivel de dolor durante los dolores de parto.
- ✓ Explorar las posiciones que mejoran la comodidad materna y mantener la perfusión de la placenta.
- ✓ Enseñar técnicas de respiración, relajación y visualización.
- ✓ Proporcionar métodos alternativos de alivio del dolor coherentes con las metas de la paciente (masajes simples).

- ✓ Proporcionar gasas húmedas o caramelos duros.
- ✓ Animar a la paciente a que vacíe la vejiga cada 2 horas.
- ✓ Ayudar al cuidador de parto o a la familia a proporcionar consuelo y apoyo durante los dolores.
- ✓ Ayudar con la analgesia/anestesia local.
- ✓ Realizar o ayudar en la amniotomía.
- ✓ Auscultar la frecuencia cardiaca del feto antes y después de la amniotomía.
- ✓ Volver a evaluar la posición del feto y del cordón después de la amniotomía.
- ✓ Documentar las características del líquido, frecuencia cardiaca fetal y patrón de contracciones después de la rotura espontánea o inducida de las membranas.
- ✓ Limpiar el perineo y cambiar las compresas absorbentes regularmente.
- ✓ Monitorizar el progreso de los dolores, incluyendo pérdida vaginal, dilatación cervical, posición y descenso fetal.
- ✓ Mantener a la paciente y al cuidador del parto informados de los progresos.
- ✓ Obtener el consentimiento válido antes de realizar los procedimientos invasivos.
- ✓ Realizar examen vaginal para determinar la dilatación cervical completa, posición fetal y etapa.
- ✓ Enseñar técnicas de empuje para la segunda etapa del parto, en función de la preparación y preferencias de parto de la madre.
- ✓ Dirigir el segundo estadio del parto.
- ✓ Monitorizar los progresos de empuje, descenso fetal, frecuencia cardiaca fetal y signos vitales maternos.
- ✓ Evaluar los esfuerzos de empuje y la duración del segundo estadio.
- ✓ Recomendar cambios de empuje para mejorar el descenso fetal.
- ✓ Masajear el perineo para estirar y relajar el tejido.
- ✓ Ayudar al cuidador a continuar con las actividades de apoyo.

- ✓ Preparar los suministros del parto
- ✓ Documentar los sucesos del parto
- ✓ Notificar al responsable del parto en el momento adecuado que asista en la atención del parto.

3.4.1.4.4. Cuidados intraparto: parto de alto riesgo

Definición: ayudar en el parto vaginal de fetos múltiples o mal posicionados.

- ✓ Informar a la paciente, a la persona de apoyo de procedimientos adicionales y al personal de que deben tener un comportamiento de anticipación durante el proceso del parto.
- ✓ Comunicar los cambios del estado materno y fetal al responsable del parto.
- ✓ Preparar el equipo adecuado, incluyendo el monitor electrónico fetal, ultrasonido, máquina de anestesia, suministros de resucitación del recién nacido, fórceps y calentadores adicionales para el bebé.
- ✓ Comunicar los ayudantes adicionales para atender el parto (p.ej, ginecoobstetra, enfermera de cuidado neonatal y anestesista).
- ✓ Ayudar a vestir y poner guantes al equipo obstétrico.
- ✓ Continuar con la intervención Monitorización fetal electrónica: durante el parto.
- ✓ Dirigir el empuje del segundo estadio.
- ✓ Alertar al practicante principal de cualquier anormalidad en los signos vitales de la madre o el trazo cardíaco fetal.
- ✓ Disponer precauciones universales.
- ✓ Realizar limpieza perineal.
- ✓ Realizar o ayudar con la rotación manual de la cabeza del feto desde la posición occipital posterior a la posición anterior.
- ✓ Registrar la hora del parto y del primer gemelo o de las nalgas a nivel del ombligo.
- ✓ Ayudar con la amniotomía de las membranas amnióticas adicionales, si es necesario.
- ✓ Continuar monitorizando la frecuencia cardíaca del segundo o tercer feto.

- ✓ Realizar ultrasonido para localizar la posición fetal, si procede.
- ✓ Seguir la cabeza del feto con la mano para fomentar la flexión durante el parto de nalgas, según indicaciones del practicante principal.
- ✓ Sujetar el cuerpo del bebé mientras el practicante saca la cabeza, que viene después.
- ✓ Ayudar en la aplicación de los fórceps o extractor aspirador, si es necesario.
- ✓ Ayudar con la administración de anestésicos maternos.
- ✓ Registrar la hora del nacimiento.
- ✓ Ayudar con la resucitación del recién nacido.
- ✓ Documentar los procedimientos (anestesia, fórceps, presión suprapúbica y resucitación del recién nacido) utilizados para facilitar el nacimiento.
- ✓ Explicar las características del recién nacido relacionadas con nacimientos de alto riesgo (p.ej., marcas de contusiones y fórceps).
- ✓ Observar atentamente si se producen hemorragias después del parto.
- ✓ Ayudar a la madre a recuperarse de la anestesia, si procede.
- ✓ Fomentar la interacción de los padres con el recién nacido inmediatamente después del parto.

3.4.1.4.5. Parto

Definición: nacimiento de un niño.

- ✓ Disponer la presencia de una(s) persona(s) de apoyo durante la experiencia del parto.
- ✓ Realizar una exploración vaginal para determinar la posición fetal.
- ✓ proporcionar la privacidad y el pudor de la paciente durante el parto en un entorno tranquilo.
- ✓ Aceptar los requerimientos que realice la paciente sobre el parto cuando estos requerimientos sean coherentes con las normas de cuidados perinatales.

- ✓ Obtener el permiso de la paciente y de la pareja para la entrada del personal de cuidados adicional en la zona de partos.
- ✓ Ayudar a la paciente con la posición para el parto.
- ✓ Estirar el tejido perineal, si procede, para minimizar los desgarros o episiotomía.
- ✓ Informar a la paciente sobre la necesidad de una episiotomía.
- ✓ Administrar analgésicos locales antes del parto o la episiotomía.
- ✓ Realizar la episiotomía, si resulta oportuno.
- ✓ Enseñar a la paciente a respirar tragando (p. ej., jadeos) en el parto cefálico.
- ✓ Sacar la cabeza fetal lentamente, manteniendo la flexión hasta que salgan los huesos parietales.
- ✓ Sostener el perineo durante el parto.
- ✓ Observar si se presenta el cordón en la nuca.
- ✓ Reducir la presencia del cordón en la nuca, si procede (p. ej., sujetar y cortar el cordón o deslizarlo sobre la cabeza).
- ✓ Aspirar las secreciones de la nariz y boca del bebé con una jeringa después de la salida de la cabeza.
- ✓ Aspirar el líquido manchado de meconio, si es el caso.
- ✓ Limpiar y secar la cabeza del bebé después de su salida.
- ✓ Ayudar en la salida de los hombros.
- ✓ Realizar maniobras para liberar la distocia de los hombros (p.ej., presión suprapúbica o maniobra de McRobert), si procede.
- ✓ Coger el cuerpo del bebé lentamente.
- ✓ Soportar el cuerpo del bebé.
- ✓ Sujetar y cortar el cordón umbilical después de que hayan cesado las pulsaciones, si no está contraindicado.
- ✓ Adelantar la expulsión espontánea de la placenta.

- ✓ Asignar la calificación de Apgar de 1 minuto.
- ✓ Aplicar tracción controlada del cordón umbilical, a la vez que se protege el fondo del útero.
- ✓ Inspeccionar si hay desgarros en el cérvix después de la salida de la placenta.
- ✓ Administrar anestésicos locales antes de la reparación quirúrgica, cuando se indique.
- ✓ Suturar la episiotomía o los desgarros si procede.
- ✓ Realizar un examen rectal para asegurarse de la integridad de los tejidos.
- ✓ Inspeccionar la placenta, las membranas y el cordón después del parto.
- ✓ Calcular la pérdida de sangre después del parto.
- ✓ Limpiar el perineo.
- ✓ Aplicar compresa perianal.
- ✓ Alabar el esfuerzo materno y el de la persona de apoyo.
- ✓ Proporcionar información sobre el aspecto y el estado del bebé.
- ✓ Animar la manifestación verbal de preguntas o inquietudes acerca de la experiencia del parto y del recién nacido.
- ✓ Consultar con el médico presente acerca de síntomas de complicaciones reales o potenciales.
- ✓ Registrar el desarrollo del parto.
- ✓ Llenar el certificado de nacimiento.

3.4.1.4.6. Inducción al parto

Definición: iniciación o progresión del proceso de parto mediante métodos mecánicos o farmacológico.

- ✓ Determinar la indicación médica y/u obstétrica para la inducción.
- ✓ Monitorizar tanto los signos vitales maternos como asimismo los fetales antes de la inducción.

- ✓ Observar si hay efectos secundarios derivados de los procedimientos utilizados para la preparación del cuello.
- ✓ Volver a evaluar el estado cervical y verificar la presentación antes de dar inicio a otras medidas de inducción.
- ✓ Realizar o ayudar con la amniotomía, si la dilatación cervical es adecuada y el vértice está bien colocado.
- ✓ Determinar la frecuencia cardiaca fetal mediante auscultación o monitorización fetal electrónica postamniótica o según protocolo.
- ✓ Fomentar la deambulación, si no hay contraindicaciones para la madre ni para el feto.
- ✓ Observar si hay cambios en la actividad uterina
- ✓ Iniciar medicación i.v. (oxitocina) para estimular la actividad uterina, si es necesario, según prescripción médica.
- ✓ Vigilar el progreso del parto, estando alerta por si hubiera señales anormales.
- ✓ Evitar la hiperestimulación uterina debida a la perfusión de oxitocina para conseguir una frecuencia, duración y relajación de contracciones adecuadas.
- ✓ Observar si hay signos de insuficiencia uteroplacentaria (desaceleraciones finales) durante el proceso de inducción.
- ✓ Disminuir o aumentar la estimulación uterina (oxitocina), si es necesario, hasta la inminencia del parto.

3.4.1.4.7. Cuidados del recién nacido

Definición: actuación con el recién nacido durante el paso a la vida extrauterina y el subsiguiente periodo de estabilización.

- ✓ Limpiar las vías aéreas de mucosidad inmediatamente después del nacimiento.
- ✓ Pesar y medir al recién nacido.
- ✓ Determinar la edad gestacional.
- ✓ Comparar el peso del recién nacido con la edad gestacional estimada.

- ✓ Medir la temperatura corporal del recién nacido.
- ✓ Mantener la temperatura del recién nacido caliente.
- ✓ Secar al bebé inmediatamente después del nacimiento para evitar pérdidas de calor.
- ✓ Envolver al bebé en una manta inmediatamente después del nacimiento para mantener la temperatura corporal.
- ✓ Poner un gorrito de punto para evitar la pérdida de calor.
- ✓ Colocar al recién nacido en incubadora o calentador si es necesario.
- ✓ Elevar el cabecero de la cuna o incubadora para favorecer la función respiratoria.
- ✓ Colocar al bebé en el pecho de la madre inmediatamente después del nacimiento.
- ✓ Observar/evaluar el reflejo de succión durante la alimentación.
- ✓ Dar un primer baño al bebé después de que la temperatura se haya estabilizado.
- ✓ Coger y tocar regularmente al bebé que está en la incubadora, si procede.
- ✓ Realizar el cuidado ocular profiláctico.
- ✓ Medir el perímetro cefálico.
- ✓ Mecer al niño para favorecer el sueño y la sensación de seguridad.
- ✓ Colocar una manta enrollada en la espalda del bebé para colocarlo de lado.
- ✓ Colocar al bebé en decúbito lateral o supino después de la alimentación.
- ✓ Poner al bebé con la cabeza elevada para que eructe.
- ✓ Reforzar o proporcionar información acerca de las necesidades nutricionales del recién nacido.
- ✓ Limpiar al cordón con un preparado prescrito.
- ✓ Mantener el cordón umbilical seco y al aire poniendo el pañal por debajo del cordón.
- ✓ Proteger al recién nacido frente a las fuentes de infección del ambiente hospitalario.
- ✓ Comprobar el buen estado del bebé antes de administrar los cuidados.

- ✓ Disponer un ambiente tranquilo, sedente.
- ✓ Responder a la necesidad de cuidados del recién nacido para desarrollar su confianza.
- ✓ Mantener contacto visual y hablar al bebé mientras se le administra los cuidados.

3.4.1.4.8. Cuidados posparto

Definición: control y seguimiento de la paciente que ha dado a luz recientemente.

- ✓ Controlar signos vitales.
- ✓ Vigilar los loquios para determinar el carácter, cantidad, olor y presencia de coágulos.
- ✓ Observar si hay signos de infección.
- ✓ Conseguir que la paciente vacíe la vejiga antes de la exploración posparto.
- ✓ Comprobar y registrar la altura y firmeza del fundus cada 15 minutos/1 hora; después cada 1h/4h y finalmente cada 4 h/24.
- ✓ Masajear suavemente el fundus hasta que este firme.
- ✓ Intentar exprimir los coágulos hasta que el fundus esté firme.
- ✓ Poner al bebe contra el pecho para estimular la producción de oxitocina.
- ✓ Vigilar el estado de episiotomía para ver si hay enrojecimiento, edema, equimosis Y supuración.
- ✓ Colocar una bolsa de hielo en el perineo después del parto para minimizar la inflamación.
- ✓ Reforzar las técnicas de higiene perineal adecuadas para evitar infecciones.
- ✓ Fomentar el consumo de líquidos y fibra para evitar el estreñimiento.
- ✓ Fomentar una deambulación precoz para promover la movilidad intestinal y evitar tromboflebitis.
- ✓ Administrar analgésicos PRN para promover el alivio y el sueño.
- ✓ Instruir a la paciente en los ejercicios posparto.

- ✓ Animar a la paciente a que comience los ejercicios posparto lentamente y vaya aumentando según su tolerancia.
- ✓ Instruir a la paciente acerca de la disminución de las actividades de la vida diaria.
- ✓ Animar a la madre a que comente la experiencia de los dolores y del parto.
- ✓ Ayudar a la paciente a ajustarse a la pérdida del niño de su fantasía y a aceptar al niño que ha dado a luz.
- ✓ Mostrar confianza en la capacidad de la madre para cuidar al recién nacido.
- ✓ Informar a la madre acerca de los síntomas de depresión posparto que puedan producirse después del alta.
- ✓ Observar si hay síntomas de depresión posparto.
- ✓ Determinar cómo se siente la paciente acerca de los cambios corporales después del parto.
- ✓ Animar a la paciente a reanudar sus actividades normales, según tolerancia.
- ✓ Instruir a la paciente acerca del programa de consulta puerperales y control del peso.
- ✓ Complementar la enseñanza sobre el alta con folletos y hojas informativas.
- ✓ Proporcionar una guía de forma anticipada respecto de la sexualidad y la planificación familiar.
- ✓ Programar la exploración del recién nacido y la exploración posparto antes del alta.
- ✓ Programar las visitas de seguimiento en casa.

3.4.1.4.9. Control de hemorragias

Definición: disminución o eliminación de una pérdida rápida y excesiva de sangre.

- ✓ localizar la causa de la hemorragia.
- ✓ Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre.
- ✓ Aplicar presión manual sobre el punto hemorrágico o la zona potencialmente hemorrágica.

- ✓ Tomar nota del nivel de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre, si está indicado.
- ✓ Evaluar la respuesta psicológica del paciente a la hemorragia y su percepción de los sucesos.
- ✓ Observar si hay hemorragias de las membranas mucosas, hematoma después del trauma.
- ✓ Observar si hay signos y síntomas de hemorragias persistentes (comprobar si hay sangre franca u oculta en todas las secreciones).
- ✓ Comprobar el funcionamiento neurológico.

3.4.1.4.9. Disminución de la hemorragia: útero posparto

Definición: limitación de la pérdida de sangre del útero posparto.

- ✓ Revisar el historial obstétrico de partos para ver los factores de riesgo de hemorragias posparto (p.ej., historial anterior de hemorragia posparto, partos largos, inducción, preeclampsia, segundo estadio prolongado, parto asistido, parto múltiple, parto por cesárea o parto precipitado).
- ✓ Aumentar la frecuencia de masajes en el fundus.
- ✓ Evaluar la distensión de la vejiga.
- ✓ Fomentar la evacuación o cateterizar la vejiga distendida.
- ✓ Observar las características de los loquios (p.ej., color, coágulos y volumen).
- ✓ Medir la cantidad de sangre perdida.
- ✓ Solicitar cuidadores adicionales para que ayuden con los procedimientos de emergencia y para asumir los cuidados del recién nacido.
- ✓ Elevar las piernas.
- ✓ Iniciar perfusión i.v.
- ✓ Poner en marcha la segunda línea i.v, si procede.
- ✓ Administrar oxitócicos por i.v. o intramuscular, según protocolo u órdenes.
- ✓ Notificar al cuidador principal el estado del paciente.

- ✓ Controlar los signos vitales maternos cada 15 minutos o con mayor frecuencia.
- ✓ Cubrir con mantas calientes.
- ✓ Vigilar el color, nivel de conciencia y dolor de la madre.
- ✓ Iniciar oxigenoterapia a 6 a 8 litros por máscara facial.
- ✓ Realizar sondaje vesical con sonda Foley y urómetro para monitorizar la diuresis.
- ✓ Solicitar análisis de sangre al laboratorio.
- ✓ Ayudar al practicante principal con el taponamiento del útero, la evacuación de hematomas, o a suturar los desgarros.
- ✓ Mantener al paciente y a la familia informados del estado y actuaciones clínicas.
- ✓ Proporcionar cuidados perianales, si es necesario.
- ✓ Prepararse para histerectomía de emergencia, si es necesario.

3.4.1.4.11. Reposición de líquidos

Definición: administración de los líquidos intravenosos prescritos de forma rápida.

- ✓ Obtener y mantener un calibre grande i.v.
- ✓ Colaborar con los médicos para asegurar la administración tanto de cristaloides (solución salina normal y Ringer de lactato) como coloides (Hesban y Plasmanato).
- ✓ Administrar líquidos i.v., según prescripción.
- ✓ Monitorizar el estado de oxigenación.
- ✓ Observar si hay sobrecarga de líquidos.
- ✓ Monitorizar la eliminación de los diversos líquidos corporales (orina).
- ✓ Monitorizar los niveles de BUN, creatina, proteína total y albúmina.

3.4.1.4.12. Ayuda en la lactancia materna

Definición: preparación de la nueva madre para que dé el pecho al bebé.

- ✓ Comentar con los padres una estimación del esfuerzo y de la duración que les gustaría dedicar a la lactancia materna.

- ✓ Proporcionar a la madre la oportunidad de contacto con el bebé para que dé el pecho dentro de las 2 horas siguientes al nacimiento.
- ✓ Ayudar a los padres a identificar las horas del despertar del bebé como oportunidades para practicar la alimentación de pecho.
- ✓ Vigilar la capacidad del bebe para mamar.
- ✓ Animar a la madre que pida ayuda en los primeros intentos de cuidados, para que pueda conseguir dar el pecho de 8 a 10 veces cada 24 horas.
- ✓ Observar al bebé al pecho para determinar si la posición es correcta, si se oye de deglución y el patrón de mamar/deglutir.
- ✓ Observar la capacidad del bebé para coger correctamente el pezón (habilidades de agarre).
- ✓ Enseñar a la madre a observar cómo mama el bebé.
- ✓ Facilitar la comodidad y la intimidad en los primeros intentos de dar el pecho.
- ✓ Fomentar el chupeteo no nutritivo del pecho.
- ✓ Animar a la madre a utilizar ambos pechos en cada toma.
- ✓ Animara la madre a que no limite el tiempo de mamar al bebé.
- ✓ Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar.
- ✓ Enseñar la técnica correcta de interrumpir la succión del bebé.
- ✓ Controlar la integridad de la piel de los pezones.
- ✓ Enseñar los cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en los mismos.
- ✓ Comentar la utilización de bombas de succión si el bebé no es capaz de mamar al principio.
- ✓ Controlar el aumento del llenado de los pechos en respuesta al mamar y/o succión con bomba.
- ✓ Informar a la madre acerca de las opciones de bombeo disponibles, si ello fuera necesario para el mantenimiento de la lactancia.

- ✓ Enseñar a controlar la congestión de los pechos con el vaciado oportuno ocasionado por el mamar o el bombeo.
- ✓ Instruir sobre el almacenamiento y calentamiento de la leche materna.
- ✓ Proporcionar formulas suplementarias solo en caso necesario.
- ✓ Instruir a la madre sobre la manera de hacer eructar al bebé.
- ✓ Instruir a la madre acerca de las características normales de evacuación del bebé.
- ✓ Observar el reflejo de deglución.
- ✓ Instruir a la madre sobre dietas bien equilibradas durante la lactancia.
- ✓ Animar a la madre a que beba líquidos para saciar la sed.
- ✓ Instruir a la madre acerca del crecimiento del bebé.
- ✓ Enseñar a evitar el uso de protectores para mamar forrados de plástico.

3.4.1.4.13. Baño

Definición: baño corporal a efectos de relajación, limpieza y curación.

- ✓ Ayudar con la ducha de silla, bañera, ducha de pie o baño de asiento, si procede o se desea.
- ✓ Lavar el cabello, si es necesario o se desea.
- ✓ Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable.
- ✓ Ayudar con el cuidado perianal, si es necesario.
- ✓ Ayudar con las medidas de higiene (utilizar perfume o desodorante).
- ✓ Administrar baños de pies, si es necesario.
- ✓ Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca.
- ✓ Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas.
- ✓ Aplicar polvos secantes en los pliegues profundos de la piel.
- ✓ Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.

3.4.1.4.14. Cuidados perineales

Definición: mantenimiento de la integridad de la piel perineal y alivio de las molestias perineales.

- ✓ Ayudar con la higiene.
- ✓ Mantener el perineo seco.
- ✓ Proporcionar un cojín para la silla, como un cojín tipo donut, si procede.
- ✓ Inspeccionar el estado de incisión o desgarro (episiotomía).
- ✓ Aplicar frío en la zona, si procede.
- ✓ Aplicar lámpara de calor, cuando este indicado.
- ✓ Aconsejar baños de asiento en casa.
- ✓ Limpiar el perineo exhaustivamente a intervalos regulares.
- ✓ Mantener al paciente en posición cómoda.
- ✓ Aplicar compresas para absorber el drenaje, según se precise.
- ✓ Anotar las características del drenaje.
- ✓ Proporcionar fármacos para el dolor, cuando esté indicado.

3.4.1.4.15. Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal.

Definición: ayudar a un paciente con las ropas.

- ✓ Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.
- ✓ Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.
- ✓ Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar.
- ✓ Disponer las prendas del paciente en una zona accesible (al pie de la cama).
- ✓ Proporcionar las prendas personales, si resulta oportuno
- ✓ Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario.
- ✓ Facilitar que el peinado del cabello del paciente, si es el caso.

- ✓ Mantener la intimidad mientras el paciente se viste.
- ✓ Ayudar con los botones y cremalleras, si es necesario.
- ✓ Utilizar equipo de extensión para ponerse la ropa, si corresponde.
- ✓ Colocar la ropa sucia en la tina.
- ✓ Reafirmar los esfuerzos por vestirse a sí mismo.

3.4.1.4.16. Control de infecciones

Definición: minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

- ✓ Distribuir la superficie correspondiente por paciente.
- ✓ Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.
- ✓ Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.
- ✓ Mantener técnicas de aislamiento, si procede.
- ✓ Limitar el número de visitas.
- ✓ Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.
- ✓ Instruir al paciente acerca de la técnica correcta de lavado de manos.
- ✓ Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.
- ✓ Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos, si procede.
- ✓ Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- ✓ Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.
- ✓ Llevar ropas de protección o bata durante la manipulación de material infeccioso.
- ✓ Usar guantes estériles, si procede.
- ✓ Limpiar la piel del paciente con un agente microbiano, si procede.
- ✓ Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas i.v.

- ✓ Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
- ✓ Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informarse de ellos al cuidador.
- ✓ Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

3.4.1.5. Ejecución

Según Potter, *et-al*³³, nos explica que la ejecución de las intervenciones de enfermería, son para llevar a cabo, ayudar, o dirigir la realización de las actividades diarias; es la etapa en donde proporcionamos consejos y educamos al paciente o a la familia; también, proporcionamos cuidados directos dirigidos a conseguir los objetivos centrado en el paciente y podemos delegar, supervisar y evaluar el trabajo del equipo médico para registrar e intercambiar información sobre la atención continua del paciente.

Esta etapa del proceso enfermero es de suma importancia, porque aquí fue donde se llevó a cabo las acciones planteadas en el atapa anterior, y todo dependía de la calidad y responsabilidad de atención brindada hacia las pacientes para que la planificación funcionara y se lograra el mejoramiento de salud de estas mujeres.

3.4.1.6. Evaluación

La evolución es la última etapa del proceso enfermero, es donde el personal de enfermería determina si tras la aplicación del proceso enfermero es estado de salud del paciente mejora.

“Las enfermeras deben evaluar cada proceso y la recuperación del paciente, pero no es suficiente. La evaluación del cuidado requiere que le enfermera recoja en las respuestas del paciente las intervenciones enfermeras y que determine su efectividad en la promoción de su bienestar”³³.

IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En la documentación de este trabajo de intervención pude reforzar mis conocimientos prácticos, fue de suma importancia profundizar en el estudio del trabajo de parto, en particular el tercer periodo del trabajo de parto o alumbramiento, ya que con esta información se facilita la identificación de los procesos normales y anormales que cursan las mujeres durante el trabajo de parto. De tal manera que a través de la valoración de enfermería se puede actuar de acuerdo a las necesidades alteradas ante esta población.

Fue importante describir detalladamente el proceso de la hemorragia posparto, ya que es la problemática que pretendemos prevenir por lo tanto, al conocer el proceso fisiopatológico se podrá dar una atención precisa y adecuada a las pacientes que cursan esta patología.

El desarrollar esta tesina me pareció interesante, se trata de una problemática que nos afecta a nivel nacional y mundial, y a pesar de que se han hecho varias propuestas para la disminución de la mortalidad materna, en la actualidad no se han logrado las metas planteadas para su contención; sin embargo existen varias investigaciones ya analizadas en la tesina en donde se justifica que el uso de la técnica del alumbramiento activo es un método que ha ayudado en gran medida para evitar la presencia de hemorragia posparto.

Los resultados que se obtuvieron con la realización del alumbramiento activo en el hospital comunitario de Acatepec donde se llevó a cabo el Servicio social, fueron favorables, ya que durante el periodo de Octubre de 2012 a Mayo de 2013 no se presentó ningún caso de muerte materna causada por la hemorragia posparto, esto fue gracias a todo el equipo de salud, con que cuenta el hospital como; médicos, enfermeros, intendencia y limpieza, principalmente a los médicos de origen cubano especialistas que dirigieron la realización de la técnica, cabe resaltar la participación del médico Gineco-obstetra Juan Carlos Pastrana Tapia por haber sido el responsable de transmitir al resto del personal de salud el aprendizaje de esta técnica.

Aunque no presenciemos ningún caso de muerte materna causada por la hemorragia posparto, si recogimos características y complicaciones que presentan las mujeres en el tercer periodo del parto y los explicaremos a continuación:

Las características que se presentaron en las pacientes que acudían al hospital con trabajo de parto fue que solo el 20% de las pacientes llegaban con trabajo de parto en fase latente y por lo tanto se quedaban en el hospital para cuidar la evolución del proceso y también identificar en caso de presenciar sufrimiento fetal, mientras que el 80% de las pacientes llegaban en fase activa o periodo expulsivo.

Esto nos lleva a analizar que la mayoría de las personas cursan en casa casi todo el periodo del trabajo de parto y por lo tanto no podemos realizar un diagnóstico oportuno en caso de que se identifiquen alteraciones de bienestar fetal. Los factores de riesgo que se presentaron más comúnmente en la región montaña son: la multiparidad,

edades extremas (menores de 18 años y mayores de 35) y un periodo intergenésico menor de dos años.

Mientras que las complicaciones que se presenciaron fueron las pacientes que acudieron al hospital con producto pélvico con trabajo de parto en fase activa o periodo expulsivo y ya no las pudieron trasladar a quirófano por tal motivo los tuvieron por parto vaginal.

Otras complicaciones fueron las pacientes que presentaban disnámia debido al agotamiento materno, deshidratación y en el peor de los casos parto prolongado, debido a estas complicaciones se pasaba a realizar la inducción o conducción con oxitocina según se presentaba el caso.

Existen varias complicaciones que no se presentan comúnmente durante el trabajo de parto y que no se diagnostican a tiempo ya que la mayoría de las pacientes viven en comunidades muy alejadas y no llevan adecuadamente el control prenatal; entre ellas, se encuentran la preeclampsia-eclampsia, anemia, de sepsis urinaria, diabetes gestacional y desnutrición intrauterina.

Podemos concluir que en este periodo se atendió un total de 141 pacientes (ver anexo 5.4), en donde el 50% presenta una edad de 20 a 35 años, el 30% más de 35 años y el 20% menos de 20 años. De las 141 puérperas se obtuvieron 97 partos a término, se presentaron 4 casos en un periodo pretermino, y un caso posttermino al igual que un prematuro.

También se observó que 121 casos de los partos fueron eutócicos y no presentaron ninguna complicación, mientras que por varios factores hubieron 9 partos distócicos, un caso terminó en cesárea y se presentó un caso de anencefalia.

Cabe mencionar que de las consultas de atención del control prenatal que realicé por varios meses (ver anexo 5.5), tuve la oportunidad de atender la atención de 4 partos de pacientes que realice su historia clínica y por lo tanto me fue más factible la atención del parto.

Al haber concluido este trabajo de intervención y ver que los resultados fueron favorables me motivo a documentar esta intervención para dar a conocerla y proponer la realización de esta misma técnica en diferentes hospitales o clínicas tanto de las zonas urbanas como las rurales, para posteriormente documentar en artículos de corte científico que muestren la implementación de la intervención del alumbramiento activo, donde se demuestre que es un método con muchas ventajas.

Haber permanecido un año en el estado de Guerrero realizando mi servicio social fue una experiencia inolvidable, en primer lugar por el contacto con la comunidad que a pesar de que hablara Tlapaneco tuvimos una adecuada comunicación, la humildad y gratitud de las personas me hacían comprometerme más en mis actividades diarias con el objetivo de que todo saliera sin complicaciones y así sentirme satisfecha con mi trabajo.

Y en segundo lugar porque durante ocho meses los enfermeros obstetras nos enfocamos en el cuidado estricto del control prenatal, esto consistía en la identificación de las embarazos de la comunidad, realizar el ingreso al control prenatal, mandarles a realizar los estudios correspondientes y programarles las citas hasta que cumplieran las 37 semanas de gestación o cuando comenzaran con trabajo de parto y si era posible encargarse de la atención del parto, en caso de que alguna paciente llegara a faltar a su cita programada inmediatamente al siguiente día se realizaba la visita domiciliaria para averiguar el motivo de su ausencia al control prenatal.

Durante los meses de rotación en las guardias nocturnas, me tocaron varios casos complicados en el servicio de urgencias por lo tanto ponían a prueba nuestras habilidades, pero aun así realizamos todo lo que estaba a nuestro alcance para brindar una atención de calidad.

Fue también en este período en donde atendí a muchas pacientes que llegaban con trabajo de parto algunas en fase latente otras en fase activa, siendo más frecuentes, aquellas que llegaban en período expulsivo, este fue el momento en donde pude implementar la técnica del alumbramiento activo y de las pacientes con quienes trabajé ninguna presentó datos de hemorragia posparto debido a las intervenciones adecuadas.

Cabe recalcar que se lograron los objetivos de esta Tesina al analizar las intervenciones de enfermería en las pacientes que cursaban el tercer periodo del trabajo de parto y periodo expulsivo. Se demostró la importante participación que tienen los Licenciados en enfermería y obstetricia en las intervenciones de la implementación del alumbramiento activo para la prevención de la hemorragia posparto.

La prestación del servicio social me llenó en gran manera porque cumplí con mis objetivos planteados además de haber practicado las funciones de enfermería que fueron de: servicio, administrativas, docencia e investigación.

Para finalizar este apartado sobre la experiencia del servicio social puedo comentar que la unidad hospitalaria contó con todo lo necesario para aplicar todos mis conocimientos adquiridos en la Universidad ya que todo lo aprendido en la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia pudo ser aplicado en esta gran experiencia, puesto que nos impartieron varias materias que me ayudó a ampliar mi panorama no solo para trabajar en zonas urbanas sino también en zonas rurales.

Recomendaciones para la práctica

- Que los pasantes en la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia otorguen un cuidado de calidad con ética y humanismo.
- Es un compromiso y una responsabilidad que los pasantes de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia lleven a cabo las actividades con respeto y empeño.
- El personal de salud tratará las pacientes con respeto a sus creencias, valores y cultura en general.
- Priorizar la atención de las pacientes embarazadas que lleguen a urgencias.
- Fortalecer la calidad de la atención prenatal para identificar los factores de riesgo y así evitar complicaciones en el puerperio fisiológico.
- Mejorar la sistematización del trabajo en equipo de médicos y enfermeros en los hospitales.
- Capacitar al personal de salud en la atención de partos y en la implementación del alumbramiento activo.
- Informar y capacitar a los pasantes en Enfermería y Obstetricia sobre la situación actual en la que se encuentra el Estado de Guerrero o cualquier otra región donde se desempeñen para conocer la tasa de morbilidad materna causadas por la hemorragia posparto.
- Que la institución de salud y la institución educativa acuerden el tipo de apoyo que otorgan los pasantes pero no se llegue a un nivel de explotación de sus actividades.
- Mostrar interés en darles a conocer nuestros objetivos sobre la realización del servicio social, y explicarles el perfil que obtuvimos al terminar la carrera de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.
- Los responsables del servicio social nos deberían de presentar ante las autoridades del municipio, para que el pueblo sepa con qué tipo de atención cuentan, al igual que ante el hospital comunitario para facilitar el apoyo del personal del hospital en la atención del control prenatal y más que nada en la atención del parto.

- Es muy importante programar visitas de supervisión por parte de las autoridades de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) para estar al pendiente de la situación que están viviendo los pasantes del servicio social en cada comunidad y corroborar si se están cumpliendo los objetivos del programa.
- Para los del sector salud estatal es conveniente que se amplíe el acceso a los servicios de maternidad, al igual que en la atención obstétrica de emergencia y contar con la atención neonatal.
- Capacitar a parteras en general con cierta periodicidad para disminuir las urgencias obstétricas.
- Contar en cada unidad de salud con personal altamente capacitado en la atención de parto y alumbramiento.
- Aumentar el acceso a los servicios esenciales de salud materna y atención sanitaria básica.
- Mejorar las instalaciones de salud.

V ANEXOS

5.1. Marco referencial

Diagnóstico de salud

5.1.1. Condicionantes de la salud

5.1.1.1. Población

La comunidad de Acatepec, es la más antigua de la región. Fue fundada en el año 1285 por los Yopes o Tlapanecos.

De acuerdo a los códigos de Azoyú I y II en el año de 1299 se entregó una confederación de tribus tlapanecas y se dispersaron a los distintos puntos de su comarca, la comunidad de Acatepec formaba parte de la encomienda de Tlapa, junto con Tlacoapa, Totomistlacuapa, Zapotitlán Tablas y otras.

Acatepec es la cabecera municipal conforme el decreto del Diario Oficial del gobierno del Estado de Guerrero, fechado el 23 de marzo de 1993 y a la vez es la cabecera agraria de acuerdo con la resolución presidencial de fecha 2 de mayo de 1957 la cual fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de agosto del mismo año, reconociendo y titulando a este poblado con una superficie de 74,216 hectáreas beneficiando un total de 2,203 comuneros la ejecución de la resolución presidencial se realizó el 13 de febrero de 1958. Actualmente Acatepec cuenta con 58 anexos legalmente establecidos.

Las colonias con las que cuenta actualmente el municipio de Acatepec son:

- Izote
- Barranca perico
- Piedra tuza
- Santa Rosa
- Guayabo
- Antena
- Acatepec Cabecera Municipal

La superficie territorial de este municipio es de 599 km², lo que representa el 2.02% del territorio estatal.

COLINDANCIA

- Norte

- Zapotitlán Tablas
- Sur
 - Ayutla y San Luis Acatlán
- Este
 - Tlacoapa
- Oeste
 - Atlixnac y Quechultenango.

5.5.5.2. Medio ambiente

Se ubica a 950 metros sobre el nivel del mar, entre los paralelos 16°51' y 17°2' de latitud norte y los 98°40' y 99°02' de longitud oeste del meridiano de Greenwich.

Orografía

Las principales elevaciones montañosas son los cerros de Alcececa, Ahuatahuac y Metlaltepec, la conformación del relieve es de la siguiente forma: el 70% de zonas accidentadas, el 20% de zonas semiplanas y el 10% de planas.

Hidrografía

No existen dentro del territorio de Acatepec afluencias pluviales registradas.

Clima

Son el subhúmedo, semicálido y cálido. La precipitación pluvial media anual varía de 1,800 a 2,400 milímetros.

Flora

La vegetación existente en el municipio está compuesta por selva baja caducifolia y bosque de fino encino. En relación a la selva esta se caracteriza por que sus especies cambian de follaje en época de secas, sus alturas varían desde los 5 hasta los 30 metros.

Fauna

La fauna está compuesta por las siguientes especies: Conejo, liebre, tuza, gato montés, trigrillo, puma, coyote, zorro, venado, paloma, zopilote, serpientes y víboras venenosas y no venenosas.

5.1.1.3. Saneamiento básico

La comunidad de Acatepec no cuenta con agua potable para toda la comunidad por lo tanto se ven en la necesidad de acarrear agua en garrafones y ánforas para satisfacer las necesidades básicas, existe una manguera que provee agua a todo el hospital la cual proviene de un ojo de agua que se encuentra en una de las colonias de Acatepec llamado el Izote, por lo regular las casas cercanas que se encuentran en el hospital llegan hacer uso de ella como si fuera agua potable; sin embargo, esta costumbre es la causante de enfermedades gastrointestinales principalmente en infantes y en las personas de la tercera edad.

Otra deficiencia de saneamiento que se observa e igual de importante que lo del agua es el drenaje, ya que solo algunas zonas de la cabecera municipal cuenta con drenaje y nuevamente las colonias se ven afectadas, porque, se ven obligados a defecar en la parte trasera de sus casas al ras del suelo, y tanto el viento, las moscas, los insectos, etc. Son los encargados de propagar las enfermedades como la diarrea y los vómitos principalmente.

5.4.1.4. Aspectos socioeconómicos

La Economía de la comunidad de Acatepec es muy escasa, debido a que el tipo de tierra que se tiene no es tan fértil para poder vivir de la cosecha, por lo tanto la gente se ve obligada a realizar varios tipos de negocios para poder subsistir a diario, entre ellos los negocios que más encontramos son los siguientes: venta de atoles, coctel de frutas, nieves, pollos, frutas y verduras (por lo regular no son frescas), papelerías, taquerías, cocinas económicas y abarrotes.

Varias personas de Acatepec tanto de la cabecera como los de las colonias, cuentan con programas que el gobierno de Guerrero les brinda, como el de oportunidades y el seguro popular con estos dos programas los habitantes tienen derecho a recibir atención médica gratuita, al igual que a obtener cualquier tipo de fármaco.

En estos últimos meses se han visto beneficiados en gran cantidad, debido a que han llegado a realizar varias intervenciones quirúrgicas, gracias a la llegada de los médicos especialistas cubanos, pues los pacientes ya no los tienen que referir a la ciudad de Tlapa, por lo tanto, el gasto en cuando a lo económico a disminuido en gran cantidad.

El programa oportunidades es un programa del gobierno federal que ayuda al desarrollo humano de la población en pobreza extrema que brinda apoyo en educación salud, nutrición e ingresos. Beneficia a toda la familia, ya que les dan cierta cantidad de dinero de acuerdo a los integrantes de la familia y al nivel educativo de los hijos, con esto los padres de familia pueden solventar los gastos que se realizan a diario.

5.1.2. Estado de salud de la población

5.1.2.1. Daños a la salud

Tabla No. 1

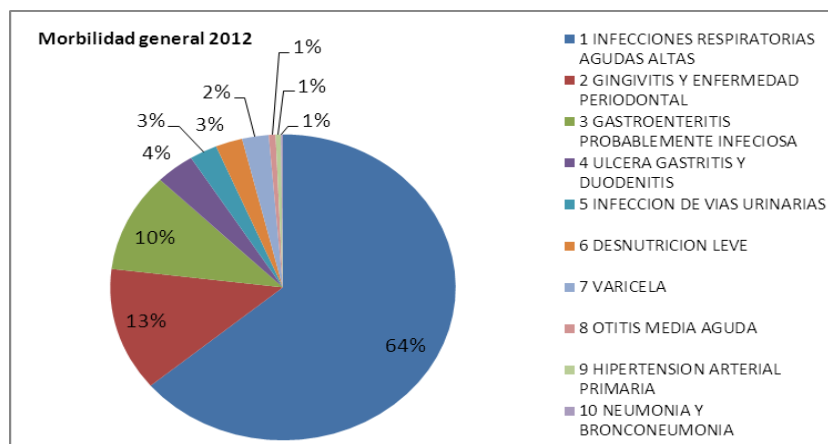
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN GENERAL

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL 2012		Total
1	Infecciones respiratorias agudas altas	1695
2	Gingivitis y enfermedad periodontal	346
3	Gastroenteritis probablemente infecciosa	278
4	Úlcera gastritis y duodenitis	97
5	Infección de vías urinarias	69
6	Desnutrición leve	67
7	Varicela	66
8	Otitis media aguda	17
9	Hipertensión arterial primaria	13
10	Neumonía y bronconeumonía	5

FUENTE: Diagnóstico de salud de la comunidad de Acatepec realizado en el 2012.

TABLA No. 2

GRÁFICA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN GENERAL



FUENTE: Diagnóstico de salud de la comunidad de Acatepec realizado en el 2012.

En 2012 la infección de vías respiratorias agudas altas con un 64%, en segundo lugar gingivitis y enfermedad periodontal 13% y la tercera gastroenteritis probablemente infecciosa con 10%.

TABLA No.3

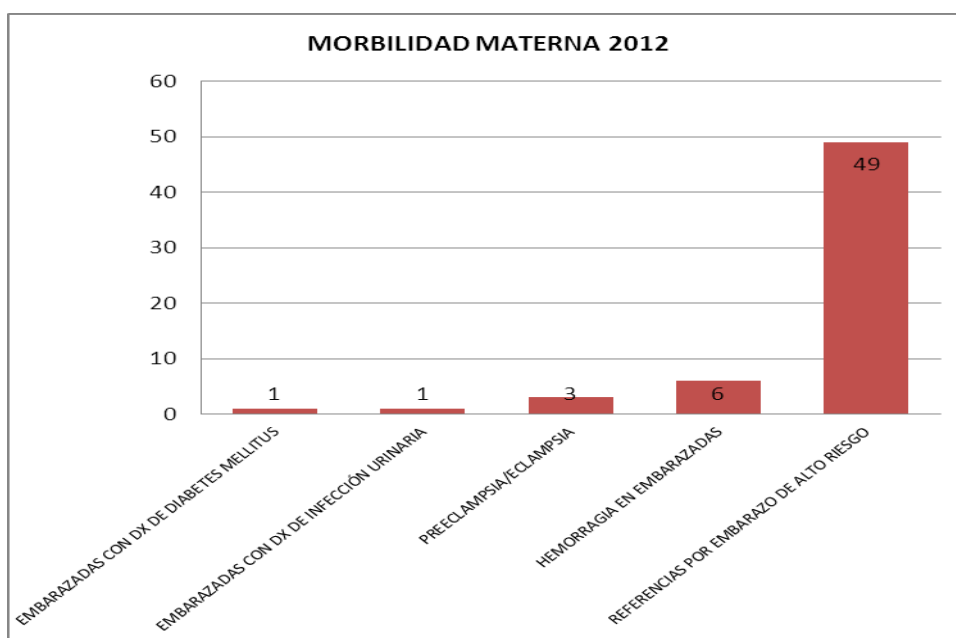
10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MATERNA

MORBILIDAD MATERNA 2012	Consultas
Embarazadas con dx de diabetes mellitus	1
Embarazadas con dx de infección urinaria	1
Preeclampsia/eclampsia	3
Hemorragia en embarazadas	6
Referencias por embarazo de alto riesgo	49
TOTAL	60

FUENTE: Diagnóstico de salud de la comunidad de Acatepec realizado en el 2012.

TABLA No.4

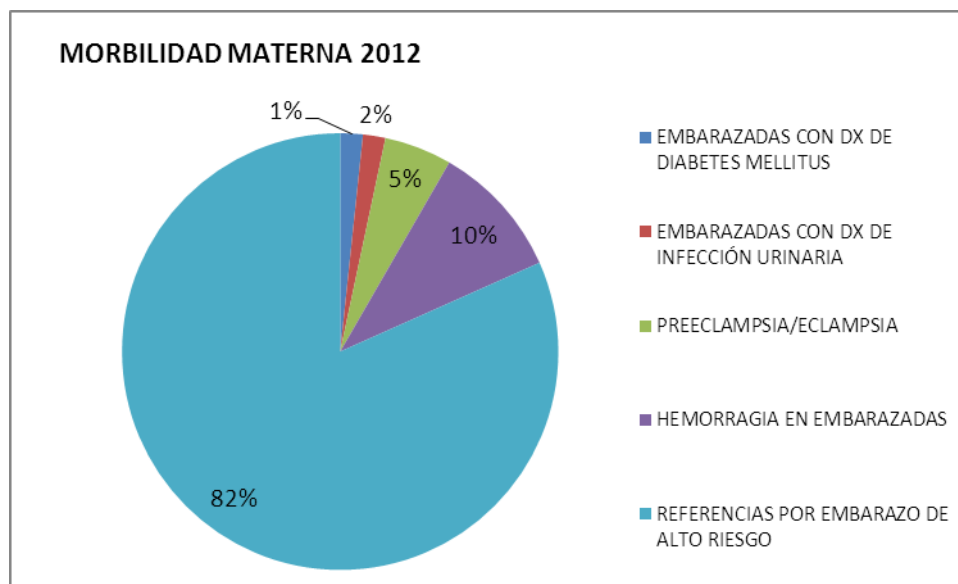
GRÁFICA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MATERNA



FUENTE: Diagnóstico de salud de la comunidad de Acatepec realizado por el 2012.

TABLA No.5

GRÁFICA DE LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MATERNA



FUENTE: Diagnóstico de salud de la comunidad de Acatepec realizado por el 2012.

Las causas de morbilidad materna en el 2012 fue en primer lugar la diabetes mellitus con 82%, seguido de hemorragia en el embarazo con 10% y en tercer lugar 5% preeclampsia-eclampsia.

5.1.2.2. Factores o acciones de prevención

La principal acción de prevención son las tres semanas nacionales de vacunación, en ellas se tienen que vacunar a toda la población del municipio de Acatepec, se empieza citando y vacunando a las niñas de las colonias por la mañana, después a todos los adultos para aplicarles las vacunas correspondientes, así mismo, se les desparasita y a las mujeres en edad fértil se les brinda ácido fólico.

Se programa para visitar a las escuelas, primero a los del nivel preescolar les administramos albendazol en suspensión y se les registra en la cartilla de vacunación, proseguimos con los de la primaria, a los niños de primer grado hasta los de quinto se les administra de igual forma albendazol en tabletas, y se les aplica las vacunas pendientes para completar el esquema de vacunación y todas las niñas de 9 años de le empieza el esquema de VPH.

Los de la secundaria y bachilleres también son vacunados, desparasitados y se les brinda ácido fólico a todas las mujeres en edad fértil.

También se realiza la Semana Nacional de Salud Bucal, el día internacional contra el VIH, día internacional de lactancia materna, etc. se acostumbra a realizar un desfile con toda la población de Acatepec, realizamos pancartas y cada integrante toma una pancarta e invitamos a que se nos unan los demás, en algunas ocasiones se contrata a una banda para obtener una mayor atracción en el desfile.

El personal de salud realiza visitas domiciliarias a todas aquellas personas que no pueden acudir al hospital ya sea por presentar alguna discapacidad o por la distancia hacia el hospital y más que nada por no contar con suficientes recursos económicos. Los enfermeros obstetras realizan visitas domiciliarias a las mujeres embarazadas, en algunas ocasiones las pacientes no llegan a la cita programada por algún motivo, es cuando nosotros intervenimos y acudimos a realizar la visita, y en otras ocasiones es para identificar o diagnosticar el embarazo.

Todas estas acciones o medidas de prevención nos ayudan a que la población se dé cuenta que lo más importante no es curar la enfermedad, si no que tenemos que aprender a prevenirla ya que nos beneficia a todos y es parte de nuestra educación.

5.1.2.3. Riesgos para la salud

Un Factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión³⁰. Las características y atributos que se presentan en Acatepec y la más importante es la distancia del hospital a las diferentes colonias y demás comunidades que los rodea, entre los deslaves que hay en todo el camino, los baches y la terracería son obstáculos que se presentan para que los pacientes graves como los niños, adultos, ancianos y principalmente mujeres embarazadas lleguen en un estado de salud crítico en el que ya no están en nuestras manos poder atenderlos.

Otro factor de riesgo antes mencionado es la escases de agua potable y el drenaje ya que los infantes que son los que se ven más afectados y son los que más concurren al hospital, ya que después de ser curados, regresan en menos de un mes con los mismos diagnósticos, aunque se ha luchado por capacitar a los padres para evitar las enfermedades diarreicas y las enfermedades respiratorias.

Por ultimo cabe recalcar que el no hablar el Tlapaneco es otro factor y muy importante, puesto que aunque se cuente con los conocimientos sobre cómo combatir y más que nada como prevenir las enfermedades, la mayoría de los habitantes en muchas ocasiones no nos comprenden.

Existen varios riesgos para la salud que año con año irán mejorando, y mientras el personal de salud siga luchando por educar a la población, en algún momento todos nos veremos beneficiados.

5.1.2.4. Infraestructura en salud

5.1.2.4.1. Recursos humanos

Tipo y número de unidades de salud por nivel de atención

- 1 Hospital Básico Comunitario

Cobertura en las siguientes comunidades:

- Piedra tuza
- Guayabo
- Antena
- Santa Rosa
- Izote
- Barranca perico

Recursos humanos:

- 1 DIRECTOR
- 1 JEFA DE ENFERMERAS
- 1 ADMINISTRADORA
- 1 AUXILIAR DE LA ADMINISTRADORA
- 5 MEDICOS GENERALES
- 2 MEDICOS INTEGRALES
- 3 MEDICOS ESPECIALISTAS
- 1 ANESTASIOLOGO
- 1 RADIOLOGO
- 1 PSICOLOGO
- 3 MPSS (MEDICOS PASANTES EN SERVICIO SOCIAL)
- 1 ULTRASONOGRAFISTA
- 2 LABORATORISTAS CLINICOS
- 2 ODONTOLOGOS
- 1 PASANTE EN ODONTOLOGIA
- 13 ENFERMEROS GENERALES
- 4 PEOSS (PASANTES ENFERMEROS OBSTETRAS EN SERVICIO SOCIAL)
- 2 PESS (PASANTES ENFERMEROS TECNICOS EN SERVICIO SOCIAL)
- 1 PERSONAL DEL ARCHIVO
- 4 POLICIAS

- 6 PERSONAL DE LIMPIEZA
- 1 ESTADIGRAFA
- 2 LAVANDERIA

5.1.2.4.2. Participación social

La comunidad es muy participativa en cada evento que programa el municipio o el hospital toda la población acude a la cita.

En Acatepec acostumbran a realizar varios eventos entre ellos están; el 24 de diciembre, el 31 de diciembre, la semana santa, 10 de mayo, etc. El ayuntamiento acostumbra a servir pozole, ponche, café y aguinaldos, toda la comunidad y las colonias se congregan en la cabecera municipal para festejar y después de cenar, comienza el baile hasta que termine el grupo musical de tocar.

El municipio se organiza para realizar el aseo de todo Acatepec los días domingos por las tardes, ya que los sábados es el día de la plaza y los domingos muy pocas personas venden sus productos, así que la comunidad se organiza en equipos para dejar limpio el pueblo.

También acuden las señoras y los niños al hospital con sus cubetas para regarle agua a las flores y al pasto, a cada familia le corresponde cierto día de la semana y así se van alternando para que no les toque muy seguido. En fin, para cualquier actividad que realizan todos se congregan en cierto lugar para ponerse de acuerdo y así llevar a cabo las actividades sin ningún problema.

5.1.2.4.3. Medicina tradicional

La medicina tradicional sigue siendo la base fundamental de la comunidad, existe gran variedad de plantas medicinales que usan en primera instancia, para combatir las enfermedades y en caso de no llegar a mejorar es cuando deciden llevarlos al hospital.

Las plantas medicinales las clasifican de acuerdo a su estructura y cada planta tiene su nombre particular en Tlapaneco, la cual no se puede traducir al español.

Existen plantas que las usan especialmente en mujeres embarazadas o que están en trabajo de parto para ayudarles en el nacimiento del recién nacido, para evitar la hemorragia posparto, para el alumbramiento, hay plantas para que la madre produzca más leche de lo normal y finalmente les dan té a la puérperas durante la cuarentena para evitar sepsis puerperales.

En caso de los niños les preparan infusiones para curarlos del empacho, lombrices, diarreas, estreñimientos, anemias, en algunas ocasiones tratan de curar a los niños que acuden con neumonía y al observar que después de varios días no mejoran, es cuando los llevan al hospital

para tratarlos, por lo tanto llegan con su cuerpo llenos de hierbitas y en muy mal estado de salud.

5.1.2.4.4. Parteros, hueseros y curanderos.

La partería en la montaña es una actividad que se practica a diario. Y se divide de acuerdo al siguiente nivel:

En ellos encontramos a las y los parteros tradicionales; eso quiere decir que nunca han tomado algún curso o alguna capacitación, simplemente los años les ha dado la experiencia adquirida.

Parteros profesionales; son los que han tomado más de dos cursos y les han entregado una constancia. Y les hacen entrega de material necesario para atender partos de bajo riesgo.

A pesar de contar con las parteras tradicionales y profesionales, esto no ha bastado para frenar la afluencia de pacientes que han pasado varias horas en trabajo de parto, o pacientes que llegan en un estado complicado en donde la partera trata de expulsar al feto y después de varias horas al sentir impotencia los llevan al hospital, con cierto riesgo de infección, hemorragias y adinámicas.

El programa arranque parejo en la vida creo un curso para capacitar a varias parteras de diferentes lugares del Estado de Guerrero en donde los pasantes de enfermería y obstetricia junto con el Gineco-obstetra impartimos varios temas relacionados sobre el trabajo de parto, con el objetivo de elevar la calidad de atención de partos y más que nada que las parteras y los parteros tengan en cuenta los datos de alarma de sus pacientes, al igual que saber cuándo hay que referir a un hospital a sus pacientes y cuando no.

Los hueseros son visitados cuando un paciente sufre cierta lesión muscular, el hace uso de sus plantas para desinflamar o en caso de presentar alguna dislocación, el huesero trata de entablillar el miembro dañado mientras lo refiere al hospital más cercano de su comunidad.

Los curanderos realizan el papel de aliviar cualquier malestar general que presenten en el cuerpo acuden mucho a ellos cuando las personas sienten mucha debilidad, dolor muscular o dolor de cabeza para realizarles una limpieza en todo el cuerpo con cierto ritual de acuerdo a los síntomas que padezca el paciente.

5.2. Instrumento de valoración

UNIVERSIDAD NACIONAL

AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

INSTRUMENTO DE VALORACION

(CUESTIONARIO A LA PACIENTE INTERNADA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION)

NOMBRE:

EDAD:

LOCALIDAD:

ANTECEDENTES DE EMBARZOS ANTERIORES:

¿CUANTOS HIJOS TIENE?

¿TODOS SUS HIJOS VIVEN?

¿TUVO COMPLICACION EN ALGUNO DE SUS EMBARZOS ANTERIORES?

A) SI B) NO

¿CUAL?

¿QUIEN ATENDIO SUS PARTOS ANTERIORES?

A) PARTERA B) MEDICO C)ENFERMERA D) ALGUN FAMILIAR E) USTED

¿LLEVO CONTROL PRENATAL EN SUS EMBARZAOS ANTERIORES?

A) SI B) NO

FECHA DEL PARTO ANTERIOR:

1.-PARTO ANTERIOR ATENDIDIDO POR:

B) PARTERA B) MEDICO C)ENFERMERA D) EN CASA

2.-TUVO COMPLICACIONES EN EL PARTO ANTERIOR:

A) SI B) NO

3.- LA COMPLICACION QUE TUVO FUE:

A) HEMORRAGIA B) CUANDO NACIO EL NIÑO C) CON LA PLACENTA D) DESPUES DE LA SALIDA DE LA PLACENTA

4.-COMO Y DONDE ATENDIERON LA COMPLICACION:

A) EN CENTRO DE SALUD B)HOSPITAL BASICO COMUNITARIO C) HOSPITAL GENERAL D)HOSPITAL DE ESPECIALIDAD

5.- CUAL ES SU IMPRESIÓN DE LA ATENCION QUE LE BRINDARON:

A)MUY BUENA B) BUENA C) MALA D) MUY MAL

DATOS DEL EMBARAZO ACTUAL:

G: P: A: C:

FUM:

1.-¿ASISTIO AL CONTROL PRENATAL?

A) SI B) NO

2.-¿CUANTAS CONSULTAS TUVO?

A) 1-2 B)3-4 C) 5-6 D) 6-7 E) 8-9 F) + DE 10

3. ¿-SABE LOS SIGNOS DE ALARMA PARA EL EMBARZO?

A) SI B) NO

4.-¿CUALES SON?

5.-¿PRESENTO USTED DURANTE SU EMBARZO ALGUNO DE ESTOS SIGNOS DE ALARMA?

A) SI B) NO

6.- ¿CUAL?

7.- ¿SABE LA FPP?

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
INSTRUMENTO DE VALORACION
RECOPIACION DE DATOS PREPARTO

FCF:

PRESENTACION:

POSICION:

FU:

PLANO DE LA PRESENTACION:

RUPTURA DE MEMBRANAS:

HORA:

CARACTERISTICAS DEL LIQUIDO:

SALIDA DEL TAPON MUCOSO:

RECOPIACION DE DATOS PERI- PARTO

HORA DE INGRESO A LA SALA DE EXPULSION:

SOLUCIONES:

¿SE REALIZO EPISIOTOMIA?

¿HUBO DESAGARROS?

HORA DE NACIMIENTO:

¿SE APLICO OXITOCINA INTRAMUSCULAR?

¿SE PINZO EL CORDON?

¿SE REALIZO LACTANCIA INMEDIATA?

HORA DE ALUMBRAMIENTO:

¿SALIO LA PLACENTA COMPLETA?

A) SI B) NO

¿COMPLICACIONES EN EL ALUMBRAMIENTO?

A) SI B) NO

¿CUAL?

¿SE REALIZO REVISION DE CAVIDAD?

A) SI B) NO

CUANTIFICACION DE SANGRADO:

RECOPIACION DE DATOS POST – PARTO MEDIATO

SOLUCIONES:

¿LOQUIOS NORMALES?

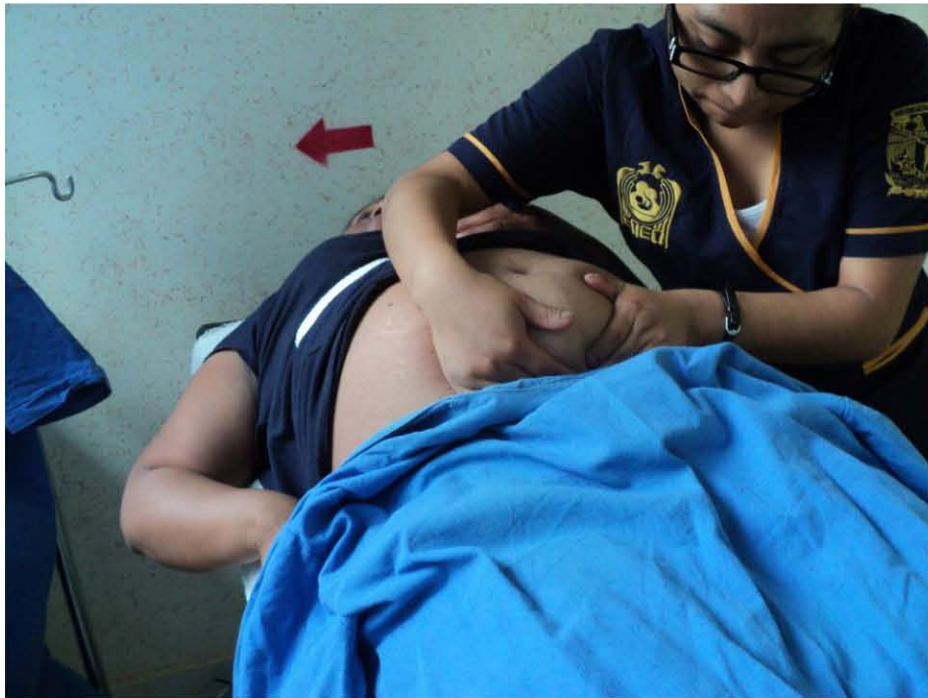
¿INVOLUCION UTERINA ADECUADA?

¿PRESENCIA DE DATOS DE INFECCION?

ANEXO 5.3

CONSULTA DE CONTROL PRENATAL







ANEXO 5.4.
ATENCIÓN DE PARTO









ANEXO 5.5.
Registro de nacimientos.

No.	NOMBRE	EDAD	Dx.	PESO	TALLA	SEXO	HORA	DOMICILIO	SDG	TIPO	PREMATURO O TERMINO
1	Alberta Valeria Rodríguez	37a	Puerperio quirúrgico	2600	47	Masc	7:50	Loma Bonita	37.4	Distócico	Termino
2	Patricia Hernández Gregorio	26	Puerperio fisiológico	2900	51	Masc	22:10	Loma Bonita	39.4	Eutócico	Termino
3	Verónica Bolaños Saldaña	25	Puerperio fisiológico	2200	44	Fem	5:10	Tonalapa	38	Eutócico	Termino
4	Rafaela Porfirio González	20	Puerperio fisiológico	2500	48	Masc	10:40	Acatepec	38	Eutócico	termino
5	Isabel Tapia Cayetano	28	Puerperio fisiológico	3600	50	Masc	9:40	Acatepec	37.2	Eutócico	Termino
6	Clara Aurelio Maurilio	28	Puerperio fisiológico	3200	51	Masc	23:35	Acatepec	39	Eutócico	Termino
7	Carmela Mateos Feliciano	33	Puerperio fisiológico	2900	50	Masc	5:55	Teocuitlapa	38.3	Eutócico	Termino
8	Magdalena Dircio Díaz	39	Puerperio quirúrgico			Masc		Izote	38.4	Distócico	Termino
9	Concepción Tapia Ortega	30	Puerperio fisiológico	2950	50	Fem	16:10	Atlixtlac	42	Eutócico	Termino
10	Alea Rubio Espinoza	28	Puerperio fisiológico	2550	49	Masc	4:10	San Juan de los Pinos	39	Eutócico	Termino
11	Silvia Gonzaga Rodríguez	20	Puerperio fisiológico	3520	54	Masc	13:30	Bca Piña	39.4	Eutócico	Termino
12	Martha Mateos Sinforiano	26	Puerperio quirúrgico	2160	46	Fem	17:47	Atlixtlac	39	Distócico	Termino
13	Elena García Teodoro	18	Puerperio fisiológico	2940	52	Fem	21:00	Tierra Blanca	37	Eutócico	Termino
14	Juana García Martínez	17	Puerperio fisiológico				21:30	Apetzuca		Eutócico	Termino
15	Albina Medina Ramírez	27	Puerperio fisiológico	3850	48	Fem	7:37	Escalerillas Lagunas	39	Eutócico	Termino
16	Zenaida Bolaños Mariano		Puerperio quirúrgico				13:15	Santa Rosa	39	Distócico	Termino
17	Juana Mateos Contreras	34	Puerperio fisiológico	3600	50	Fem	23:00	Tonalapa	40.9	Eutócico	Termino
18	Guadalupe	38	Puerperio	3250	50	Masc	12:05	Ixtlahuaroja	Poster	Distócico	Termino

	Aviléz Marcelino		quirúrgico						mino		
19	Martina Dircio Dircio	20	Puerperio fisiológico	2510	49	Fem	9:10	Izote	38	Eutócico	Termino
20	Aleja Neri Candia	29	Puerperio fisiológico	2600	47	Fem	20:15	Apetzuca	38	Eutócico	Termino
21	Clara Margarito Flores	19	Puerperio fisiológico	2400	48	Fem	16:00	Aguatomagua	38	Eutócico	Termino
22	Cristina Ignacio Juárez	41	Puerperio fisiológico			Mas	10:00	Huizolotepec	38.1	Eutócico	Termino
23	Inés Avilez Santiago	15	Puerperio fisiológico	2450	46	Mas	15.12	Acatepec	34.3	Eutócico	Termino
24	Alejandra Salgado de la Cruz	20	Puerperio fisiológico	2900	49	Fem	8:27	Tlacosochoap a	40.1	Eutócico	Termino
25	Teodora de la Cruz Hernández	15	Puerperio fisiológica	3000	47	Mas	18:53	Cerro Tigre	40	Eutócico	Termino
26	Lucía Castro Marcelino	32	Puerperio Fisiológico	3400	53	Mas	4:10	Tierra Colorada	40	Eutócico	Termino
27	Carmela Aparicio Marcelino	21	Puerperio fisiológico	3200	53	Fem	2:00	Zoquitlan	40	Eutócico	Termino
28	Verónica de la Cruz Espinoza	18	Puerperio fisiológico	2900	49	Fem	12:00	Izote	41	Eutócico	Termino
29	Basilisa Benito Reyes	21	Puerperio fisiológico	2900	49	Fem	19:19	LLano	40	Eutócico	Termino
30	Erika Jesús Santiago	16	Puerperio fisiológico	2800		Fem	08:10	Loma Maguey		Eutócico	Termino
31	Leandro Sánchez	21	Puerperio fisiológico	33 ^º	52	Fem	7:25	Baranca piña	40	Eutócico	Termino
32	Neliquia Sánchez Leandro	21	Puerperio fisiológico	2800	50	Mas		Chirimoyo	40	Eutócico	Termino
33	Rodrigo Dircio Anselina	23	Puerperio fisiológico	2850	45	Mas	2:00	El Mezon	40	Eutócico	Termino
34	Francisca Hdz Sabina	17	Puerperio fisiológico	2800	47	Mas	1:00	Chichiltepec	40	Eutócico	Término
35	Melo Aguilar Zenaida	36	Puerperio fisiológico	7200		Fem	12:50	Acatepec	38.6	Eutócico	Termino
36	Aviléz Salgado Virginia	32	Puerperio fisiológico	2950	52	Fem	01:05	Chichiltepec	40.1	Eutócico	Termino
37	Santiago Mateos Berenice	23	Puerperio fisiológico	3500	49	Fem	12:00	Tlacoxochoap a	38.3	Eutócico	Termino
38	Santiago Dircio	16	Puerperio fisiológico	2800	50	Fem	16:10	El Llano	37	Eutócico fórceps	Termino

	Angelica										
39	Alejandrina Espinoza María	32	Puerperio fisiológico					Tierra Blanca		Eutócico	Termino
40	Gaspar Sánchez Marcela	22	Puerperio fisiológico	2500	46	Fem	11:31	Buena Vista	38	Eutócico	Termino
41	Enrique Macario Adolfa	32	Puerperio fisiológico	1900 1650 1950	45 38 42	Mas Fem Fem	13:30 13:25 13:24	Agua Tordillo	39	Eutócico	Termino
42	Rosita Carpio Calixto	17	Puerperio fisiológico	2400	52	Masc	9:45	Huixtlazala	34	Eutócico	Termino
43	Juárez Rodríguez Verónica	25	Puerperio fisiológico	2750	53	Masc	5:15	Chichiltepec	37	Eutócico	Termino
44	Ramírez Espinoza Cirila	29	Puerperio fisiológico	2800	32	Fem	9:28	Naranjo	38	Eutócico	Termino
45	Natividad Maurilio García	18	Puerperio Patológico	7000	32	Masc	24:40	El Llano	16.4	Eutócico	pretermino
46	Villanueva Lano Leocadia	22	Puerperio fisiológico	3150	53	Masc	4:00	Huitzilotepec	42.6	Distocico	Postermi
47	Silvia Emilio Sánchez	18	Puerperio fisiológico	3100	49	Fem	18:35	Loma de la Silla	40	Eutócico	Termino
48	Irma Mariano Ferrer	17	Puerperio fisiológico	3150	54	Fem	6:15	El Llano	39.1	Eutócico	Termino
49	Zenaida Sánchez	18	Puerperio fisiológico	2300	51	Fem	00:07	Barranca Piña		Eutócico	Termino
50	Ana Niña Espinoza Bolaños	20	Puerperio fisiológico	2850	54	Fem	1:15	Barranca Mina	38.4	Eutócico	Termino
51	Elia Salgado Tapia	18	Puerperio fisiológico	2800	48	Fem	8:40	Tlacochoapa		Eutócico	Termino
52	Nieve Aparicio Tolentino	37	Puerperio fisiológico	2800	49	Fem	23.30	Chichiltepec		Eutócico	Termino
53	Casarrubias Sánchez Leonora	41	Puerperio fisiológico	3900	54	Masc	13.18	Huitzolotepec		Eutócico	Termino
54	Regina Gracia Sánchez	15	Puerperio fisiológico	3750	52	Masc	02:50	Guayabo		Eutócico	Termino
55	García Morales Martha	17	Puerperio fisiológico	2250	50	Masc	07:27	Loma Tuza		Eutócico	Termino
56	Teresa Gonzaga Dolores	32	Puerperio fisiológico	2850	50	Fem	16:15	Barranca Piña		Eutócico	Termino
57	Federica De la Cruz	21	Puerperio fisiológico			Masc	23:55	El Llano	38.5	Eutócico	Termino

	Gracia										
58	Lidia Alcantara Hernández	29	Puerperio fisiológico	3350	54	Masc	3:15	Acatepec		Eutócico	Termino
59	Margarita Flores Alejandro	19	Puerperio fisiológico	2100	38	Masc					
60	Hermelinda Santiago	15	Embarazo de termino + TDPFA	3300	54	Masc	3:25	Xochitepec			
61	Felicita Sierra Bolaños	24	Emb 32sdg	2750	50	Masc	23:35	Laguna Seca	32	Eutócico	Termino
62	Felicita Martínez Rosa	37	Puerperio fisiológico	3850	51	Masc	10:40	Apetzuca	42	Cesárea	Termino
63	Magdalena Martínez Juárez	21	Puerperio fisiológico	2670	49	Masc	13:16	Tierra Blanca	38.3	Eutócico	Termino
64	Benito Reyes Ninfa	22	Puerperio fisiológico			Masc		Acatepec		Eutócico	Termino
65	Rubio De la Cruz Reyna	29	Puerperio fisiológico	2900	49	Masc	11:05	El Llano	40.50	Eutócico	
66	Susana Sánchez Merino	24	Puerperio fisiológico	2860	50	Masc	10:42	Tierra Colorada		Eutócico	Termino
67	Florencia Jiménez Ortega	17	Puerperio fisiológico	1600	36	Masc	4:45	Tecuiltlapa		Eutócico	Pretermino
68	Sofía Espinoza Albina	28	Puerperio fisiológico	2200		Masc	2:10	El Llano	31.1	Eutócico	pretermino
69	Alicia Ramírez Apolinar	16	Puerperio fisiológico	2400	49	Masc	9:05	Tlaxochapala		Eutócico	pretermino
70	Rufina García Melo	34	Puerperio fisiológico	2500	49	Fem	5:05	Barranca Perico	39.2	Eutócico	Termino
71	Marcela Fernández Tapia	22	Puerperio fisiológico	2700	53	Fem	5:30	Tierra Colorada	40.5	Eutócico	Termino
72	Fortino Cirenio Luciana	16	Puerperio fisiológico	3450	54	Masc	13:10	El Llano	38.15	Eutócico	Termino
73	Alejandrina Clemente Laureano	22	Puerperio fisiológico	3100	53	Mas	23:25	Barranca piña	40.4	Eutócico	Termino
74	Hernández Mateos columbana	33	Puerperio fisiológico	2950	54	Mas	5:55	Zoquitlan		Eutócico	Termino
75	Díaz Sánchez Maura	19	Puerperio fisiológico	3000	52	Masc	7:10	El Llano		Eutócico	Termino
76	Alejandra Martínez	16	Puerperio fisiológico	3350	48	Masc	15:40	Caxitepec		Eutócico	Termino

	Florentino										
77	Juana López García	19	Puerperio fisiológico	2700	50	Masc	12:42	Barranca Piña		Eutócico	Termino
78	Martiniana Santiago Gonzaga		Puerperio fisiológico					Acatepec	30	Eutócico	Termino
79	Honorina Apolinar Saldaña	17	Puerperio fisiológico	1900	46	Masc	23:00	Las Palmas		Eutócico	Termino
80	Silvia Nava Saldaña	28	Puerperio fisiológico	3400	50	Masc	14:15	Acatepec		Eutócico	Termino
81	Benita Méndez Cruz	24	Puerperio fisiológico inmediato	2510	50	Masc	1:00	El Tejocote	39.5	Cesárea	Termino
82	Faustina Mateo Aguilar	18	Puerperio fisiológico	3350	50	Masc	11:35	El Llano		Eutócico	Termino
83	Marcela Melo Aguilar	34	Puerperio fisiológico	1800	47	Masc	10:40	Acatepec		Eutócico	Prematuro
84	Melchor Feliciano Margarita	21	Puerperio fisiológico	2100	48	Masc	6:30				
85	Silvia Alejandro Villa		Puerperio fisiológico	2900	53		22:10	Acatepec		Eutócico	Termino
86	Ángela de la Cruz Rodrigo	20	Puerperio fisiológico	3200	53	Masc	3:55	El Llano		Eutócico	Termino
87	Delia Cruz Ferrer	25	Puerperio fisiológico	3750	42		23:40	Laguna seca			
88	Eustaquia Rodríguez Santiago	14	Puerperio fisiológico	3260	48		13:12	Tlacochochapa	40.1	Eutócico	Termino
89	Eva García Aguirre	22	Puerperio fisiológico	3350	51		15:15	Vista Hermosa			
90	Leticia Ramírez Hernández	57	Puerperio fisiológico	2530	51	Masc	16:23	Chichiltepec		Eutócico	Termino
91	Francisco Tapia Claudia	30	Puerperio fisiológico	3400	54		05:25	Chichiltepec		Eutócico	Termino
92	Petronila Antonio Albina	40	Puerperio fisiológico	2940	51		12:05	Apetzuca			
93	Lucia Espinoza Cariño	27	Puerperio fisiológico	2770	50		12:05			Eutócico	Termino
94	Catalina Enrique Morales	21	Puerperio fisiológico	3000	57		12:10			Eutócico	Termino
95	De la Cruz Apolinar Agripina	32	Puerperio fisiológico	3230	47		2:30			Eutócico	
96	De la Cruz	30	Puerperio	2530	53		5:10			Eutócico	Termino

	Espinoza Sabina		fisiológico								
97	Patricio Ramírez Gudelia	17	Puerperio fisiológico	2650	49		6:40	Zontecomapa		Eutócico	Termino
98	Agustina García García	22	Puerperio fisiológico	3000	51		7:14	El Llano		Eutócico	Termino
99	Irais Ángeles Ávila	23	Puerperio fisiológico	2700	46		23:45	Acatepec		Eutócico	Termino
100	Nieves Contreras Porfirio	23	Puerperio fisiológico	3200	52		06:15	Piedra Tuza		Eutócico	Termino
101	Velázquez Bolaños Virginia	36	Emb de 40 smg + TDPFL	3200	51	Masc	9:40		40	Eutócico	Termino
102	Anselma Rodrigo García	34	Puerperio fisiológico	3000	51	Fem	7:20	Barranca Dulce	38	Eutócico	Termino
103	Blanca Flores Cortez	18	Emb 41.5 sdg + TDPFA	2610	50	Fem	11:15	Chirimoyo	41.5	Distócico	Termino
104	Julia Macario Gaspar	21	Puerperio fisiológico	1950	49		8:40	Cacalotepec	38	Anancefalia	
105	Lucita Lara Muñoz	32	Emb 38.3 sdg +TDPFL	2350	49	Fem	8:50	Teocuitlapa	38.3	Eutócico	Termino
106	Esther García Dolores	31	Emb de 35.6 sdg + TDPFA	2570	48	Fem	12:10	Acatepec	35.6	Eutócico	
107	Marcela Méndez Basilio	21	Puerperio fisiológico	3200	50	Masc		Guayabo	40	Eutócico	Termino
108	Elena Bolaños Dircio	25	Emb de 40.2 sdg + TDPFA	2500	49	Fem	11:20	Izote	40.2	Eutócico	Termino
109	Lucia Alfonso Jiménez	25	Puerperio fisiológico	2700	47	Fem	06:00		40	Eutócico	Termino
110	Florentina Cruz Rodríguez	27	Puerperio fisiológico	2610	47	Fem	16:50	Tejocote	38.1	Eutócico	Termino
111	Estela Juárez Villanueva	22	Puerperio fisiológico	2570	47	Masc	02:47	Chichiltepec	38.2	Eutócico	Termino
112	Lucia Santiago Ferrer	30	Puerperio fisiológico	2400	48	Fem		Guayabo	37.2	Eutócico	
113	Amalia Apolinar Sánchez	17	Emb de 40 sdg + TDPFA	2900	49	Fem	10:10	Loma Bonita	40	Eutócico	
114	Norma Sánchez Mateos	15	Emb de 40 sdg + TDPFA	2900	50	Masc	17:50	Acatepec	40	Eutócico	

115	Dominga Quintero Tapia	25	Puerperio fisiológico	2400	46	Fem	21:15	Buena Vista	40	Eutócico	
116	Yesenia Tapia Leocadio	17	Puerperio fisiológico	2600	50	Fem	1:03	Zoquitlan	42	Eutócico	Termino
117	Sabina Enrique Macario	24	Puerperio fisiológico	3000	50	Fem	7:20	Buena Vista	37.4	Eutócico	Termino
118	Paulina Luidera Merino	18	Puerperio fisiológico	1550		Fem	13:35	Acatepec	33.6	Eutócico	
119	Estela mateo Narciso	28	Emb de 38.5 +TDPPL	2870	48	Masc	22:25	Chichiltepec	38.5	Eutócico	
120	Manuela Maurilio Carranza	40	Emb de 37.4 + TDPFA	1600 1400	42 34	Masc Masc	3:38 4:00	Xilotlancingo	37	Eutócico	
121	Eugenio Espinoza María	24	Emb de 40.4 + TDPFA	2500	48	Masc	08:05	Loma Tuza	40	Eutócico	
122	Eudocia Leopoldo García	32	Emb a término +TDPFA	2405	46	Fem	09:10	Chirimoyo	35	Distócico	
123	Bernardino Ortega Cenorina	33	Emb de 40.4 + TDPL	3650	51	Masc	4:00	Acatepec	40.4	Eutócico	
124	Mónica Ubaldo	22	Emb de 40 +TDPFA	2850	53	Fem	5:35	cuixinipa	40	Eutócico	
125	Melo Lano Martha	30	Emb de 41+ TDPFL	2600	46	Fem	5:55	Acatepec	41	Eutócico	
126	Victoria Genaro de la Cruz	19	Puerperio fisiológico	3050	50	Masc	3:55	Barranca perico	40	Eutócico	
127	Primavera Sánchez Porfirio	36	Puerperio fisiológico	2700	47	Masc	8:10	Vista Hermosa	39	Eutócico	
128	Remigio Basilio Catalina	33	Emb de 37.4 + TDPFA	2400	48	Fem	10:50	Tejocote	37	Eutócico	
129	Honorina de la Cruz Esteban	24	Emb 39 + TDPFA	2950	51	Fem	23:25	Acatepec	39	Eutócico	
130	De la Cruz González Silvia	18	Emb de 40.1 + TDPFL	2700	49	Fem	11:25	Tonalapa	40	Eutócico	
131	Carrasco Rubio Catalina	32	Emb de 38.1 + TDPFA	2400	48	Masc	9:10	Ocote Capulin	38	Eutócico	
132	Teodora Alejandro Villa	17	Emb de 40.1 + TDPFL	3250	52	Masc	4:12	Acatepec	40.1	Eutócico	
133	Cirenia Alejandro Carpio	38	Emb de 40.1 trab de parto	3700	55	Masc	11:05	Acatepec	40.1	Eutócico	

134	Amadelia Muñoz Merino	25	Emb de 39.4 + TDPFA	2550	48	Fem	13:30	Loma Bonita	39.4	Eutócico	
135	Castro Sánchez Virginia	16	Emb de 38 + TDPFAL	2200	49	Fem	22:00	Tierra Colorada	38	Eutócico	
136	Dorotea Ferrer Cruz	19	Emb de 39.5	2500	49	Masc	16:20	Teocuitlapa	39.5	Eutócico	
137	Florencia Tacopa	26	Embarzo Qx	2500	49	Masc		Aguatomagua			
138	Maribel Gómez Santiago	19	Emb de 41.5	2800	49	Fem	23:30	Acatepec	41.5	Eutócico	
139	Virginia Díaz Santiago	24	Emb de 36 expulsivo	2000 2600	45 49	Fem Fem	07:10 07:16	Acatepec	36	Distócico	
140	Mateo Verónica Irma	29	Emb de 40 gemelar + TDP	2650 2760	49 49	Masc Masc	01:55 02:08	Caxitepec	40	Eutócico	
141	Macedonio Mateos Leticia	21	TDPFL	2750	50	Masc	7:00	chichiltepec	37.6	Eutócico	

ANEXO 5.6

REGISTRO DE CONTROL PRENATAL
REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA SIS-SS-Bis

Nombre de la Unidad: H.B.C. Acatepec.

Nombre de la persona que proporciona la consulta: Diana Rut Cruz Gómez.

Servicio: Consulta externa; control prenatal.

Tipo: Enfermera Obstetra.

FECHA	No.	NOMBRE	EXPEDIENTE	EDAD	1ª.Vez	SPSS	OPOR.	INDIGENA	DIAGNOSTICO
070313	1	Nancy Modesto García	N2-D007	20			X	X	EMB 33.2 SDG X FUM.
070313	2	Silvia Saldaña Nava	N2-vo11	28			X	x	EMB 28.4 SDG X FUM.
080313	3	Valentina García Castro	N2-R015	30			X	X	EMB 17.1 SDG X FUM.
140313	4	Yolanda González García	N2-C023	31				X	EMB 28.3 SDG X FUM.
200313	5	Nancy Modesto García	N2-d007	20			X	X	EMB 35.2 SDG X FUM.
270313	6	Silvia Alejandro Villa	A-064	19				X	EMB 16.2 SDG X FUM.
270313	7	Beatriz Cornelio Porfirio		29			X	X	EMB 20.3 SDG X FUM.
280312	8	Cenorina Bernardino Ortega		32				X	EMB 35.4 SDG X FUM.
280313	9	Nancy Modesto García	N2-D007	20			X	X	EMB 36.3 SDG X FUM.
280313	10	Silvia Camila		16	X			X	EMB 16.2 SDG X FUM.

		Sánchez							
280313	11	Macrina Ramírez Emilio	R-034	23	X			X	EMB 11.4 SDG X FUM
290312	12	Ninfa Benito Reyes		22		X		X	EMB DE 39 SDG X FUM.
290313	13	Martiniana Santiago Gonzaga		20		X		X	EMB 33.2 SDG X FUM.
030413	14	Martha Melo Lano		30		X		X	EMB 26.4 SDG X FUM.
040413	15	Sirenia Jorge Carpio		28		X		X	EMB 19 SDG X FUM.
050413	16	Carmen Fortino Sirenia		32	X	X	X	X	EMB 12 SDG X FUM.
050413	17	Ninfa Benito Reyes		22		X		X	EMB 39.1 SDG X FUM.
080413	18	Silvia Saldaña Nava	N2-V011	28		X	X	X	EMB 33.2 SDG X FUM.
120413	19	Eva García Aguirre	G-095	22		X		X	EMB 33.5 SDG X FUM.
120413	20	Martiniana Santiago Gonzaga	N2-DO27	30		X	X	X	EMB 35.2 SDG X FUM.
160413	21	Silvia Saldaña Nava	N2-VO11	28		X	X	X	EMB 34.3 SDG X FUM.
180413	22	Marcela Melo Aguilar	c-038	34		X	X	X	EMB 27.5 SDG X FUM.
180413	23	Victoria Cayetano Aguilar		20	X	X		X	EMB 21.4 SDG X FUM.
190413	24	Virginia Díaz Santiago	N2-D005	24		X		X	EMB 18 SDG X FUM.
190413	25	Teodora Alejandro Villa	CC-066	16		X		X	EMB 27.2 SDG X FUM.
190413	26	Maribel Gómez	G-094	19		X		X	EMB 28.2 SDG X FUM.

		Santiago							
190413	27	Yolanda Gonzales García	E-023	31		X		X	EMB 33.3 SDG X FUM.
190413	28	Zeferina García García	N-028	22		X	X	X	EMB 22 SDG X FUM.
190413	29	Alma Delia Salazar González	M-045	19	X			X	EMB 12.1 SDG X FUM.
220413	30	Misaela Morales Bolaños	N2-E042	19		X	X	X	EMB 35 SDG X FUM.
230413	31	Amada Villar Rodríguez	S-015	18	X			X	EMD 34.2 SDG X FUM.
220412	32	Esther García Dolores	N2-G004	30	X			X	EMB 33.6 SDG X USG.
220413	33	Zeferina García García	NA-028	22			X	X	EMB 26.5 SDG X FUM.
220413	34	Silvia García Nava	N2-VO11	28		X	X	X	EMB 39.2 SDG X FUM.
230413	35	Silvia Camilo Sánchez	G-052	16		X		X	EMB 24.2 SDG X FUM.
240513	36	Mónica García Santiago	G-044	17	X	X		X	EMB 16.5 SDG X FUM.
240513	37	Silveria Saldaña Mateos	N-023	28		X	X		EMB 21 SDG X FUM.
240513	38	Cenorina Bernardino Ortega	N-077	32		X	X	X	EMB 33.1 SDG X FUM.
270513	39	Misaela Morales Bolaños		19		X	X	X	EMB 40 SDG.
270513	40	Ángela Enrique Marcelino		24		X	X		EMB 36.6 SDG.
280513	41	Honorina de la Cruz Esteban		24		X	X	X	EMB 32.5 SDG.

GLOSARIO DE TERMINOS

- Aborto: Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 20 semanas de gestación.
- Alojamiento conjunto: La ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente y la lactancia materna exclusiva.
- Anemia: Es una enfermedad hemática que es debida a una alteración de la composición sanguínea y determinada por una disminución de la masa eritrocitaria que condiciona una concentración baja de hemoglobina menor de 12,5 mg/dl.
- Atonía Uterina: Contracción defectuosa del útero en el parto, con una pérdida del tono muscular y de la capacidad de contracción del útero.
- Cesárea: Es un tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más fetos.
- Choque hipovolémico: Llamado también choque hemorrágico, es un síndrome complejo que se desarrolla cuando el volumen sanguíneo circulante baja a tal punto que el corazón se vuelve incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo.
- Desgarro: Es la rotura del musculo del útero.
- Desprendimiento placentario: Es cuando la placenta se separa del útero y la consecuente ruptura de los vasos sanguíneos.
- Distocia: Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.
- Eclampsia.- Es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo, parto y puerperio, sin tener relación con afecciones neurológicas y concomitantes con preeclampsia.
- Edad gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

- Embarazo normal: Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.
- Embarazo de alto riesgo: Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.
- Emergencia obstétrica: Condición de complicación o interurrencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal.
- Episiotomía: Incisión quirúrgica del perineo y de la vagina para evitar desgarro durante el Parto.
- Eutocia: Corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto.
- Expulsivo: Etapa del parto en la cual la dilatación y borramiento cervical es completo y el producto es recibido.
- Hematoma: Acumulación localizada de sangre, generalmente coagulada, en un órgano, espacio o tejido debido a la rotura de la pared de un vaso.
- Hemostasia: Es el conjunto de mecanismos aptos para detener los procesos hemorrágicos.
- Hipovolemia: Disminución del contenido de agua o del volumen del agua, como de líquido extracelular.
- Histerectomía: Procedimiento quirúrgico que consiste en extracción del útero por cierta patología.
- HPP: Hemorragia posparto considerada como la pérdida de sangre mayor a 500 ml, durante un parto vaginal y 1000ml en una cesárea.
- Intraparto: Que ocurre durante el nacimiento o parto.
- Inversión Uterina: Es la Invaginación de la pared del útero que puede ser parcial o total, cuando es total, el útero emerge por la vagina.
- Lactancia materna: La alimentación del niño con leche de la madre.

- Lactancia materna exclusiva: La alimentación del niño con leche materna sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones.
- Lactancia materna mixta: La alimentación proporcionada al niño a base de leche procedente de la madre, más otro tipo de leche o alimento protéico lácteo.
- Manejo Activo tercer periodo del parto: Consiste en la administración de un fármaco uterotónico, tracción controlada del cordón y masaje uterino.
- Miometrio: Es la capa muscular intermedia del útero.
- Mortinato o nacido muerto: Se trata de un producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno no respira, ni manifiesta otro signo de vida tales como latidos cardiacos o funiculares o movimientos definidos de músculos voluntarios.
- Muerte materna: Es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.
- Múltipara: Mujer que ha tenido más de un parto.
- Nacimiento: Expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o esté unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de gestación. El término se emplea tanto para los que nacen vivos como para los mortinatos.
- Parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.
- Parto normal: Es el de inicio espontáneo entre la semana 37 y 42 de la gestación, en presentación cefálica y de bajo riesgo al inicio del primer período, y que continúa así durante el segundo período y el alumbramiento. También se denomina así a la expulsión de un feto con un peso mayor de 2500 gramos.
- Parto pretérmino: Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

- Parto con producto inmaduro: Expulsión del producto del organismo materno de 21 semanas a 27 semanas.
- Parto con producto prematuro: Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.
- Parto con producto a término: Expulsión del producto del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación.
- Parto con producto a postérmino: Expulsión del producto del organismo materno de 42 o más semanas de gestación.
- Placenta Previa.- Placenta que se desarrolla en el segmento uterino inferior , en la zona de dilatación, de modo que cubre o cierra la boca uterina interna, el síntoma más común es la hemorragia en el último trimestre.
- Posparto.- Que se presenta u ocurre después del parto o del alumbramiento, en relación a la madre.
- Preeclampsia: Es una afección del embarazo en la cual se presentan presión arterial 140/90 y proteinuria en la orina durante el embarazo.
- Primigesta: Mujer con su primera gestación o embarazo.
- Puerperio normal: Periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días.
- Recién nacido: Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.
- Recién nacido vivo: Se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida, tales como movimientos respiratorios, latidos cardiacos o movimientos definidos de músculos voluntarios.
- Recién nacido pretérmino: Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.
- Recién nacido inmaduro: Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos.

- Recién nacido prematuro: Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos.
- Recién nacido a término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.
- Recién nacido postérmino: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.
- Recién nacido con bajo peso: Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional.

REFERENCIAS

- 1.- Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la Salud Materna. Organ Mun de la Sal. [Internet].2008. [Consulta 29 de ene de 2014] Disponible en: www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/es
- 2.- Estado Mundial de la Infancia 2009 [internet]. EEUU: 1996 [actualizado dic 2008; citado 29 de ene de 2014]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowco9/report.php>
- 3.- Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México 2011-2012. [internet] [citado 29 de ene de 2014]. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/info_public/estrategia_integral.pdf.
- 4.- Cabrera YG, Pascual AP, Hernández AM, Mayorga MC, Martínez MT, Bueno GB. Evaluación y eficacia de las medidas preventivas en la anemia Intraparto. Cal Asist [internet].2010 [consulta 29 de ene de 2014]; 25(04):194. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-calidad-asistencial-256/evaluacion-eficacia-las-medidas-preventivas-anemia-intraparto--13153593-originales-2010>
- 5.- Aflak N, Levardon M. Hemorragias graves del alumbramiento. Gine-Obst [internet]. 2001 [consulta 29 de ene de 2014]; 37 (7): 1-7. Disponible en: WWW.em-consulte.com/es/article/44019/hemorragias-graves-del-alumbramiento.
- 6.- Diagnósticos y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la Segunda Mitad del Embarazo y Puerperio Inmediato [internet] México D.F: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud: Secretaria de Salud 2009. [citado el 31 de ene de 2014]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/162_GPC_HEMORRAGIA_OBSTETRICA/Imss_162ER.pdf
- 7.-Blanco MG, Gómez EM, Manosalvas PM, Izquierdo AR, Aznárez MA, Puente JA, et-al. Técnica de B-Lynch en el control de la hemorragia postparto. Prog obst Ginec [internet] 2008. [Consulta 29 de ene de 2014]; 51(09):514. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/progresos-obstetricia-ginecologia-151/tecnica-b-lynch-control-hemorragia-posparto-13125459-articulos-originales-2008>
- 8.- Córdova José A. La Mortalidad Materna en el Estado de Guerrero [diapositiva].Chilpancingo: Secretaria de Salud; 2012. 17 diapositivas.
- 9.- Motiño J, Medina L, Kane L. Prevencion de la Hemorragia Posparto. Horiz Enferm [internet]. 2010 [citado 30 de ene 2014]; 21 (1): 37-43. Disponible en: <http://revistahorizonte.uc.cl/volumen-21-1-2010/88-prevencion-hemorragia-postparto>
- 10.- Vigil-De Gracia P. Complicaciones en el Embarazo. Bogotá:Distribuna;2008.
- 11.- Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Prog Nacio de Sal 2007_2013 [internet].2007 [citado 20 de ene 2014]. 39. Disponible en: www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programa_nacional_salud.pdf

- 12.- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et-al. Williams Obstetricia. 23ª ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2011.
- 13.- Cabero RL, Saldivar DR Y Cabrillo ER. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. Buenos Aires: Panamericana; 2007.p.1063.
- 14.- Rosenvasser EB. Tratado de Obstetricia: terapéutica obstétrica. 3ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 1975.p.726-730.
- 15.- DeCherney AH, Nathan L, Murphy TG, et-al. Diagnóstico y Tratamiento de Ginecoobstétricos. 9ª ed. México: El Manual Moderno; 2007.
- 16.- Botero UJ, Júbiz HA y Henao G. Obstetricia y Ginecología: texto integrado. 6ª ed. Antioquia: 1999.p.135.
- 17.- Guana M, Cappadona R, Di Paulo AM, et-al, Enfermería Ginecoobstetrica. México D.F.: Mc Graw Hill; 2009.p.408.
- 18.- Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, et-al. Obstetricia y Ginecología de Danforth. 10ª ed. España: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.p.452.
- 19.- Torres LE. Parto: mecanismo, clínica y atención. México: El Manual Moderno: 2009.p.280.
- 20.- González MJ, Laila JM, Fabre, et-al. Obstetricia. 5ª ed. Barcelona: Elsevier: 2006.p.802.
- 21.- Gleicher NJ. Tratamiento de las Complicaciones Clínicas del Embarazo. 3ª ed. Argentina: Panamericana; 2000.p.1748.
- 22.- Beckmann CR, Ling FW, Barzansky BM, et-al. Obstetricia y Ginecología. 6ª ed. España: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.p.134.
- 23.- Bajo AJ, Melchor MJ y Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid: Graficas Marte S.L.; 2007.p.743-744.
- 24.- Drife J, Magowan BA. Ginecología y Obstetricia Clínicas. España; Elsevier. 2005.p.357.
- 25.- Lewis T.L y Chamberlain GV. Obstetricia. 15ª ed. México D.F: El Manual Moderno; 1994.p.266.
- 26.- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios. [Internet] [6 de ene 1995; citado 30 de ene 2014]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
- 27.- Segura AF, Guerra VP, León IC, Rodríguez GI, Arpa AG. Influencia del alumbramiento activo sobre la morbilidad materna por hemorragia posparto. Cub Med Mil [internet]. 2013 [citado 27 de ene de 2014]; 43(3):258-367. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000300002
- 28.- Diaz IG, Verdecia ER, Colas GP. Influencia de las técnicas de alumbramiento activo y expectante sobre la hemorragia posparto. MEDISAN [internet]. 2005 [citado 27 de ene de 2014]; 9(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san07205.htm

- 29.- Abalos E. Elección de agentes uterotónicos en el manejo activo del alumbramiento: comentario de la BSR [última revisión: 2 de marzo de 2009, citado 30 de ene 2014]. La biblioteca de salud reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/3rd_stage/cd000201_abalose_com/es/
- 30.- Organización mundial de la salud. [Internet]. [Citado 27 de ene de 2014]. Disponible en: www.who.int/topics/risk_factors/es/
- 31.- Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud [internet]. Diario Oficial de la Federación; 3 de febrero de 1983 [1 de jul 1984; 12 de feb 2014]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- 32.- Hernández JC, Moral PC, Esteban MA. Fundamentos de la Enfermería, teoría y método. 2ª. Ed. España: McGraw-Hill interamericaba; 2003.
- 33.- Potter AP, Griffin AP. Fundamentos de Enfermería. Vol. 1. 5ª, ed. España: Elsevier Science; 2002.
- 34.- Heather TH, Heath C, Lunney M. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2009-2011. España: Elsevier; 2010.
- 35.- Juall LC, Diagnósticos de Enfermería, aplicación a la práctica clínica. 9ª. Ed. Colombia: McGraw-Hill interamericana; 2003.
- 36.-John M, Bulechek G, Butcher H, et-al. Intervenciones NANDA, NOC Y NIC. Diagnósticos Enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª. Ed. España: Elsevier; 2007.
- 37.- McCloskey JC, Buluchek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª. Ed. España: Elsevier; 2005.