



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



“VIOLENCIA OBSTÉTRICA”

T E S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
VIRIDIANA TAJONAR MENA

ASESORA:
L.E.O. SILVIA BALDERAS BARRANCO

CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12





ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL DE JESÚS
P R E S E N T E:

Adjunto a la presente me permito a enviar a usted la Tesina Profesional:

“VIOLENCIA OBSTÉTRICA”

Elaborado Por:

VIRIDIANA TAJONAR MENA

Una vez reunidos los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria, apruebo su contenido para ser presentada y defendida en el examen profesional, que se presentara para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

ATENTAMENTE

L.E.O SILVIA BALDERAS BARRANCO



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12**



AUTORIZACIÓN DEL TRABAJO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN Y
REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS (UNAM)
PRESENTE:

Me permito informar a usted que el trabajo escrito:

“VIOLENCIA OBSTÉTRICA”

Elaborado por:

<u>TAJONAR</u>	<u>MENA</u>	<u>VIRIDIANA</u>	<u>413502674</u>
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Núm. De Cuenta

Alumno (s) de la carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Reúne (n) los requisitos académicos para su impresión.

Ciudad de México a 29 de septiembre de 2017

L.E.O Silvia Balderas Barranco

Nombre y Firma del Asesor de Tesis

Dra. Tomasa Juárez Caporal

Nombre y Firma
Director Técnico de la Carrera



ESCUELA DE ENFERMERIA DEL
HOSPITAL DE JESUS
CLAVE 3295-12 UNAM

Sello de la Institución



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



Agradecimientos

A mis padres Rosa Maricela Mena García y Roberto Tajonar López, a ustedes les agradezco todo lo que he podido hacer, por entenderme, apoyarme e incluso regañarme cuando me daba por vencida, siempre están presente cuando lo he necesitado, gracias por inculcarme los valores del respeto, la responsabilidad, la humildad y sobre todo a amar esta carrera. Me han enseñado a no darme por vencida y que todo es posible si uno se lo propone. Todo lo que soy y he logrado ha sido gracias a ustedes.

A mis abuelos Raquel García Castillo y Juan Mena Peñaloza, ustedes me demostraron que siempre fui su mayor orgullo y me motivaban a siempre salir adelante lograr este sueño, el cual se está cumpliendo poco a poco, gracias por cuidarme y procurarme cuando sentía que no podía más. Abuelito Juan tu ahora te encuentras en un lugar mejor y ya no pudimos compartir este maravilloso momento, sin embargo sé que donde te encuentres sigues orgulloso de mi y estas pendiente de cada paso que siga dando.

A L.E.O Pedro Cedillo Martínez, llegaste en el momento oportuno para darle forma a este proyecto, gracias por compartir tus conocimientos, experiencia pero sobre todo tu tiempo, te agradezco la orientación que me brindaste y por ser parte de este paso en mi vida.

A L.E.O Silvia Balderas Barranco, primero que nada gracias por su sincera amistad y su confianza, usted es una persona que es grato conocer y que es una suerte encontrarse en la vida, es un gran ejemplo de humanismo y bondad. Gracias por seguir insistiendo en que concluyera este paso y apoyarme siempre.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



A mi novio, Ismael Jiménez Morales eres la sorpresa más bonita que la vida me pudo regalar, la muestra de todo lo que siempre había querido y buscado. Gracias por tu apoyo incondicional, por estar siempre presente y alentarme a continuar, por tu confianza en mí y brindarme todo lo maravilloso de la vida. TE AMO.



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	6
OBJETIVO GENERAL	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
HIPÓTESIS	7
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO	8
1.1 ¿QUÉ ES LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA?.....	8
1.2 TIPOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	9
CAPITULO II MARCO REFERENCIAL	17
2.1 PREVALENCIA EN MÉXICO.....	17
2.2 CONSULTA DE OTROS ESTUDIOS	19
CAPITULO III ANTECEDENTES	21
3.1 ANTECEDENTES DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	21
CAPITULO IV MARCO LEGAL	25
4.1 MARCO LEGAL	25
4.2 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.....	49
CAPÍTULO V FACTORES OBSTÉTRICOS	52
5.1 MANEJO ADECUADO/INADECUADO DE LOS MEDICAMENTOS PARA LA PACIENTE OBSTÉTRICA	52
5.2 INDICACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA.....	59



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



5.3 USO ADECUADO/INADECUADO DE LOS FORCEPS	61
5.4 TACTO VAGINAL	65
5.5 MANIOBRAS DE KRISTELLER	65
CAPITULO VI EVIDENCIAS	66
6.2 CASO 1 DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	67
CASO 2 DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	69
CAPITULO VII ANEXOS	70
ANEXO 1 ISHIKAWA	70
ANEXO 2 MATRIZ FODA	71
ANEXO 3 CARTEL	72
ANEXO 4 TRÍPTICO	74
GLOSARIO	75
CONCLUSIÓN.....	78
BIBLIOHEMEROGRAFÍA	80



INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica es toda conducta, acción u omisión, realizada por el personal de salud que de manera directa indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de la medicación y patologización de los procesos naturales.

Actualmente la violencia obstétrica es un problema presente en nuestro país y continua pasando desapercibida en los servicios de salud públicos y privados, a pesar de que se estableció en el marco legal de diversos estados de la república, así como en discusión para la formación y prácticas gineco-obstetricas.

La OMS define violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta que por el solo hecho de ser mujer la que la recibe cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológica a la mujer tanto en el ámbito público como en el privado.

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluyen el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.

En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos de vida, la salud, la integridad física y la no discriminación.

Sin embargo, un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y, en particular, el parto, plantean un panorama alarmante. Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en el centro de salud.

Esta es una violación de la confianza entre las mujeres, y los profesionales de salud que los atiendan, y también puede ser un importante factor de desmotivación para la mujeres que busquen asistencia materna y utilizan estos servicios si bien es posible que, durante,



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



el parto y el puerperio, se trate a las mujeres de manera irrespetuosa y ofensiva, hay que tener consecuencias adversas directas al binomio.

En los informes sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud se hace mención a un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la realización de métodos anticonceptivos permanentes), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto, la que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a la incapacidad de pago.



JUSTIFICACIÓN

En la presente investigación se estudiaron los diversos protocolos realizados en diferentes estados de la república así como a nivel internacional, también las sanciones que se han estipulado en los estados donde ya están tipificados.

Es importante recalcar que no en todo México son sancionados los diferentes tipos de violencia obstétrica, esto es porque no todas las pacientes se atreven a denunciar a lo que son víctimas por parte del personal de salud.

El personal de enfermería desconoce los derechos sexuales y reproductivos de las pacientes embarazadas por lo cual los omiten en el momento de la atención de la paciente obstétrica.

También es preocupante que no haya un seguimiento continuo en las instituciones públicas y privadas para poder evaluar si esta problemática ha aumentado o disminuido y saber si el personal de salud ha cambiado su mala práctica o continúa brindando un servicio deficiente a las pacientes.

Considero importante la continua capacitación al personal de enfermería y promover la mejora en la atención de la salud y hacer énfasis en las fallas que se están presentando así como las sanciones que son acreedores si participan en alguna mala práctica.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia obstétrica es una práctica común en México, miles de mujeres en labor de parto son víctimas de malos tratos, agresiones verbales e incluso físicas y hasta la realización de esterilizaciones sin un consentimiento informado. Es sumamente relevante que no hay datos oficiales sobre estos casos se estima que una de cuatro mujeres enfrenta maltratos u omisiones del personal de salud en las instituciones públicas e incluso privadas.

Es preocupante que la cifra incremente y que estas prácticas resulten vistas como normales, tanto como por el personal de salud, así como las mismas pacientes y sus familias, ya que no existe una queja sobre el acontecimiento que vivió la paciente.

Una parte fundamental sobre esta problemática es en primer lugar identificar si el personal de salud cumple con el perfil idóneo y que su preparación académica se hayan impartido la ética profesional sobre su profesión. Se considera importante hacer una evaluación continua sobre la calidad de los cuidados que se le brindan a la paciente, si de verdad cubren las necesidades y si existe una satisfacción del paciente.

Existen diversos factores que entorpecen la calidad de los cuidados brindados a la paciente estas pueden ser la sobre carga de trabajo, la falta de insumos y material, el ausentismo laboral, el estrés por exceso de trabajo estar en un ambiente no adecuado y hostigante.

También la falta de formación ética y profesional afecta la atención que se proporciona, es importante hacer hincapié en las futuras generaciones en formación sobre el respecto a los derechos de los pacientes y que si estas se llegan a violar no solo perjudica al personal de salud sino también a la institución.

Se considera preocupante que no todos los estados haya una sanción para este problema que es sumamente importante de continuar así dicha problemática ira aumentando considerablemente, por lo cual es importante poner atención y actuar para que disminuya, se apoye y proteja a la mujer en esta etapa.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



En México solo 4 estados de la república mexicana se sanciona y se define a la violencia obstétrica, Chiapas, Durango, Veracruz y Guanajuato cuentan con sus propias leyes que protegen la integridad de la paciente.

En Chiapas está estipulada la ley de acceso a una vida libre de violencia para las mujeres en el artículo 6 fracción VII donde se define la violencia obstétrica como: Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural.

También en Durango se encuentra presente la ley de las mujeres para una vida sin violencia en el capítulo II artículo 6 fracción III nos define a la violencia obstétrica como Cualquier acto o trato deshumanizado que ejerza el personal de salud sobre las mujeres en la atención médica que se les ofrece durante el embarazo, el parto y puerperio, tales como omitir (veracruz, 2010) atención oportuna y eficaz de las urgencias obstétricas, obstaculizar el apego precoz del niño con la madre sin causa médica justificada, alterar el proceso natural de parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración y practicar el parto vía cesárea existiendo condiciones para el parto natural, estas dos últimas, sin obtener el consentimiento informado de la mujer.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



En la gaceta oficial del estado de Veracruz título XXI que hace referencia sobre delitos de violencia de género, en el capítulo III nos menciona lo de violencia obstétrica y nos define las siguientes acciones:

Comete este delito el personal de salud que:

I. No atienda o brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en urgencias obstétricas.

II. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

III. No obstante de existir condiciones para el parto natural, se practique por vía cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

IV. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad.

V. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego al niño o la niña con su madre, mediante la negación a esta de cargarle o de amamantarle inmediatamente después de nacer y

VI. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.

A quien realice las conductas señaladas en las fracciones I, II, III y IV se le impondrá de tres a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario: y quien incurra en los supuestos descritos en las fracciones IV y V, será sancionado con prisión de seis meses a tres años y multa de hasta doscientos días de salario. Si el sujeto activo del delito fuere servidor público, además de las penas señaladas se le impondrá destitución e inhabilitación, hasta por dos años, para ejercer otro empleo, cargo o comisión público.

PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los principales factores que propician una mala atención del personal de enfermería hacia la paciente obstétrica?



OBJETIVO GENERAL

- Identificar cuáles son los principales factores que repercuten en una inadecuada atención por parte del personal de enfermería en la paciente obstétrica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las causas por las cuales se brinda un servicio deficiente, a la paciente obstétrica y las repercusiones que esto conlleva.
- Definir que es violencia obstétrica y como se ve afectada la paciente y al personal de enfermería.
- Buscar una estrategia adecuada y objetiva para promover mayor información y orientación de la violencia obstétrica dirigida al personal de enfermería.

HIPÓTESIS

Al identificar los principales factores que influyen en la mala práctica del personal de enfermería en la paciente obstétrica, se pretende buscar una estrategia para tener una mejora y posteriormente crear conciencia sobre el impacto y relevancia del mismo, y de esta manera disminuir esta problemática mediante la capacitación continua al personal de enfermería para prevenir que esta práctica se siga realizando.



CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO

1.1 ¿QUÉ ES LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA?

La violencia obstétrica es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresadas en un trato deshumanizado, un abuso de medicación y patologización de los procesos naturales.

Es toda conducta, acción u omisión, realizada por el personal de salud que de manera directa indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de la medicación y patologización de los procesos naturales.

Es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva.

Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud públicos y privados, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género.

Durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres van desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se ven tomando en el curso de trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su consentimiento, hasta las formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos.



1.2 TIPOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Existen dos acciones configurativas de la violencia obstétrica:

Física: se configura cuando se realiza a la mujer practicas invasivas y suministro de medicación que no están justificados por el estado de salud de la parturienta o del recién nacido o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha hecho públicos una serie de lineamientos que ha clasificado como:

- Practicas evidentemente útiles, que tendrían que ser promovidas.
- Practicas claramente perjudiciales o ineficaces que habría que eliminar.
- Practicas sobre las que existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema y,
- Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente. Entre las practicas recomendadas destacan entre otras: no hacer intervenciones médicas innecesarias es decir no hacer episiotomía, tricotomía, monitoreo fetal y enema como prácticas de rutina; restringir el uso de oxitocina, analgesia y anestesia; mantener la tasa de cesáreas recomendadas máximo entre el 10 y 15 %.

Psicológico: incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación cuando la mujer va a pedir asesoramiento o requiere atención o en el transcurso de una práctica obstétrica.

Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado del recién nacido y, en general a que se haga participe de los diferentes actuaciones de los profesionales.

Omisión de información sobre las distintas intervenciones médicas que pudieran tener lugar durante esos procesos de manera que pueden optar libremente cuando existieran diferentes alternativas.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



Omisión de la intimidad cabe recordar que la ley del parto humanizado garantizado la intimidad durante todo el proceso asistencial, la que lógicamente debe ser prestada dentro de los medios con los que se cuentan.

Vulneración del derecho a la intimidad por la intromisión no consentida en su privacidad mediante la exhibición y la revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales. En las múltiples ocasiones las mujeres son revisadas por un médico y un grupo de practicantes y estudiantes, sin ninguna explicación, ni respeto por su pudor y sin ser consultados sobre si están de acuerdo en ser escrutadas, palpadas e investigadas en lugares sin ningún tipo de privacidad por múltiples personas.

Violación del derecho a la información y a la toma de decisiones. A las pacientes se les realiza prácticas en muchos casos sin previa consulta, en otras ocasiones sin que se le brinde información sobre su estado de salud, ni sobre las características de las intervenciones que se le realizan. En consecuencia se le niega toda posibilidad de tomar decisiones alternativas, en algo íntimo y personal como es su salud sexual y reproductiva.

Tratos crueles inhumanos y despiadantes. Estos se producen por la insensibilidad frente al dolor, el silencio, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes y los malos tratos, sobre todo en las mujeres que ingresan a los hospitales públicos con consecuencias de abortos inseguros, o con síntomas que generen tal sospecha al personal de salud. Cabe tener en consideración que en esta última situación la víctima se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad, debido a que la penalización de esta práctica, tanto legal como socialmente, coloca a las mujeres en la disyuntiva de salvar su vida a riesgo de ser denunciados, amenazados o maltratados.

Aunado a las recomendaciones de la OMS existe un vasto marco jurídico internacional que da sustento a la protección contra la violencia relacionada con la salud reproductiva. De acuerdo con el artículo I de la convención interamericana para prevenir, sancionar, y erradicar la violencia contra la mujer, se entiende como violencia contra la mujer a cualquier acción o conducta, basada en su género que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el ámbito privado.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



Dicha convención impone a los estados obligaciones positivas para erradicar todas las manifestaciones de violencia contra las mujeres, y establece que se debe prestar especial atención cuando la mujer es objeto de violencia, se encuentra embarazada.

En el ámbito internacional la violencia contra las mujeres es reconocida como una forma de discriminación, que les impide a ellas el goce de derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los hombres.

En específico, la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) establece la obligación de los estados de adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del acceso a servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el puerperio.

En esta línea de ideas, las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, por su condición de género en el ambiente de la salud reproductiva constituye formas de violencia y discriminación contra la mujer.

En el extremo de la violencia obstétrica sobresalen casos que revelan estrategias abusivas, como obtener la autorización para esterilizarlas o para colocarles un dispositivo intrauterino, durante el trabajo de parto momento en que la mujer se encuentra en condiciones de vulnerabilidad, lo cual no es la condición idónea para dar un consentimiento informado.

Esto es una constante que se ha observado sobre todo en la población indígena. Lo anterior tiene una base cultural y sociológica que asocia los cuerpos de las mujeres pobres e indígenas con una amenaza para la salud pública y por ello, enlazan la esterilización y el control de la fecundidad de este grupo específico de mujeres con los beneficios de programas sociales; aunque las esterilizaciones no son inherentes opresivas y muchas mujeres eligen estos procedimientos, lo que se reclama son las imposiciones bajo amenaza de pérdida de apoyos sociales.

Aunque la realización de métodos anticonceptivos permanentes sin consentimiento informado, son inherentes opresivas y muchas mujeres eligen estos procedimientos lo que se reclama son las imposiciones bajo amenaza de pérdida de apoyo sociales. Además la experiencia de la imposición de métodos anticonceptivos y de las



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



esterilizaciones no consentidas pone en evidencia de valores sociales y jerarquías en torno a la maternidad y los cuerpos de las mujeres lo que muestra la intersección de múltiples ejes de opresión en torno a la maternidad.

La realización de métodos anticonceptivos permanentes sin consentimiento informado de la mujer constituye un acto de tortura y un trato cruel, inhumano y degradante, y viola los derechos humanos a la salud y atención médica adecuada a la igualdad y a la no discriminación así como a la dignidad, todos ellos reconocidos en la constitución política de los estados unidos mexicanos y en los tratados internacionales de los que México es parte.

No existen o informes cuantitativos que permitan dimensionar el problema de violencia obstétrica, pero diversas investigaciones académicas con enfoques cualitativos dan cuenta de un patrón preocupante que es interesante notar. En principio habría que señalar que la violencia obstétrica continua desapercibida en las políticas de calidad de los servicios de salud, así como en la discusión para la formación y practica gineco-obstetrica.

Las investigaciones que se han centrado en testimonios de mujeres resaltan las modalidades específicas que componen el maltrato y el abuso lo que Castro y Erviti identifican como las formas elementales de continuum de violación de derechos reproductivos durante el parto o la cesárea en la atención institucional del parto, las cuales al no expresarse en un daño visible en la salud física de las mujeres se encuentran invisibilizadas y naturalizadas tanto por las instituciones y el personal de salud como por las propias mujeres y sus familiares. La violencia obstétrica ha sido naturalizada entre el personal médico y obstétrico, así como la sociedad en su conjunto, incluidas las mismas mujeres que lo padecen violencia ni discriminación.

En todo el mundo muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos de vida, la salud, la integridad física y la no discriminación.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



Garantizar el acceso universal a una salud sexual y reproductiva segura y aceptable y de buena calidad especialmente el acceso a los anticonceptivos y a la atención de la salud materna, puede reducir drásticamente los índices globales de morbilidad materna.

Sin embargo, un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y, en particular, el parto, plantean un panorama alarmante.

Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centro de salud. Esta es una violación de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios si bien es posible que, durante, el parto y el puerperio, se trate a las mujeres de manera irrespetuosa y ofensiva, hay que tener presente que ellas son especialmente vulnerables durante el parto. Estas prácticas podrían tener consecuencias adversas directas al binomio.

En los informes sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, se hace mención a un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la realización de métodos anticonceptivos permanentes sin consentimiento informado), la falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago.

Es más probable que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y los que padecen VIH, entre otras, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo.

Todas las tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluyen el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos. En particular, las embarazadas tienen derecho a recibir un trato igual de digno que otras personas a tener la libertad de solicitar, recibir y transmitir información a no sufrir discriminación y a obtener el alto nivel de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva.

A pesar de la evidencia presente, que sugiere que el trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres durante el parto en centros de salud es bastante frecuente, en la actualidad, no hay consenso internacional sobre cómo definir y medir científicamente el maltrato ni la falta de respeto. Por consiguiente se desconoce su prevalencia e impacto en la salud, el bienestar y elecciones de las elecciones.

Para alcanzar un nivel alto de atención respetuoso en el parto, los sistemas de salud deben organizarse y conducirse de tal manera que se garantice el respeto por la salud sexual y reproductiva, y por los derechos humanos de las mujeres si bien muchos gobiernos internacionales, grupos de la sociedad civil y comunidades en todo el mundo ya han destacado la necesidad de tratar este problema, en muchos casos no se han adoptado políticas para fomentar la atención materna respetuosa, o estas no son específicas o aún no se tradujeron en acciones concretas de relevancia.

Para prevenir y erradicar el maltrato la falta de respeto en el parto, en centros de salud a nivel mundial, son necesarias las siguientes acciones:

- Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con los investigaciones y acciones sobre el maltrato y falta de respeto: se requiere mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo para realizar más investigaciones sobre cómo definir y medir el respaldo en los centros de salud públicos y privados de todo el mundo, y para comprender mejor su impacto en las experiencias y las elecciones de salud de las mujeres. Se necesita evidencia sobre la eficacia y ejecución de las intervenciones en distintos contextos para suministrar la orientación técnica necesaria a los gobiernos y a los profesionales de la salud.
- Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



componente esencial de la atención de calidad: se requieren más iniciativas para respaldar los cambios en el comportamiento de los profesionales de la salud de garantizar que todas las mujeres tengan acceso a servicios de atención materna respetuosos competentes y comprensivos.

Entre otras iniciativas pueden mencionarse el apoyo social a través de un acompañante elegido por la paciente la movilidad, el acceso a alimentos y líquidos, la confidencialidad, la privacidad, la decisión informada, la información impartida a las mujeres sobre sus derechos, mecanismos de resarcimiento en caso de violación de derechos y garantía de un alto nivel de provisión de asistencia clínica profesional. Priorizar la atención segura, de alto calidad y centrada en las personas como parte de la cobertura de salud universal también podría ayudar a formular acciones.

- Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto: los marcos internacionales de derechos humanos resaltan el maltrato y la falta de respeto en el parto como un problema importante en lo que refiere a este campo y puede servir de referencia a los defensores de la salud de las mujeres para concientizar y elaborar iniciativas políticas sobre la importancia de la atención materna respetuosa. Estrategias basadas en el derecho para organizar y administrar los sistemas de salud pueden facilitar la prestación de una atención respetuosa y de calidad en el parto.
- Es necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso: los sistemas de salud deben responsabilizarse del trato brindado a las mujeres en el parto y de garantizar que se elaboren y se ejecuten políticas claras sobre derechos y normas éticos. Los profesionales de la salud en todos los niveles necesitan respaldo y capacitación para asegurar que las mujeres embarazadas sean tratadas con comprensión y dignidad.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



- Es necesario identificar, estudiar y documentar los servicios de salud materna respetuosa, fomenta la participación de las mujeres y de las comunidades y que han puesto en práctica procesos para la supervisión y mejora continua de la atención.
- Involucrar a las partes interesadas incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las practicas ofensivas e irrespetuosas: la erradicación del maltrato y la falta de respeto en el parto podrán lograrse solamente mediante un proceso inclusivo en el que participen las mujeres, las comunidades, los profesionales de la salud, los administradores, los organismos de capacitación, educación y certificación de profesionales, las asociaciones profesionales, los gobiernos, las partes interesadas de los sistemas de salud, los investigadores, las sociedades civiles y los organismos internacionales. Apelamos a que estas entidades aúnen fuerzas para garantizar la identificación y la notificación sistemática del maltrato y la falta de respeto y para que ejecuten las medidas preventivas y terapéuticas pertinentes a nivel local.

Es razonable la crisis por la que pasa el sistema de salud, de la carencia de infraestructuras adecuadas, de la escasez de recursos, de la falta de presupuesto, de la insuficiencia del apoyo tecnológico, pero esto no justifica los malos tratos en un régimen jurídico basada en el respeto a los derechos humanos, por lo cual todos estos factores no dan la pauta para dañar y menos a lesionar por el género en lo sexual o reproductivo.

Al margen de los obstáculos comunes para el acceso a la justicia en caso de violencia de género, como las limitaciones financieras y económicas, las víctimas de malos tratos en servicios de salud sexual y reproductiva encuentran obstáculos especiales en todas las fases de la administración de la justicia penal.

La pérdida de la intimidad sumada a la posibilidad de sufrir humillaciones en caso de que se revelen determinados actos logra que las mujeres oculten que han sido objeto de torturas y malos tratos.



CAPITULO II MARCO REFERENCIAL

2.1 PREVALENCIA EN MÉXICO

En cuanto a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, refiere que México se encuentra en el cuarto lugar a nivel mundial (después de China, Brasil y Estados Unidos) en el uso de la práctica de cesáreas sin indicación médica. Además revela que ha habido un incremento de 50.3% de la práctica de cesáreas en los últimos doce años.

En el sector público se incrementó en un 33.7% y en el privado en 60.4%. Los índices de cesáreas son el indicador más evidente de una cadena de prácticas negativas que se realizan en el marco de la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

Del resto de los nacimientos, 59.7% fueron partos “eutócicos” (parto normal, entendido como el proceso que termina sin necesidad de intervención médica quirúrgica a la madre), 2% fueron partos “distócicos” (parto con complicaciones, que requiere apoyo médico especializado), en el 0.2% de los casos no se especifica. Se debe enfatizar que como ya fue señalada la OMS recomienda un máximo de 15% de cesáreas. México tiene más del doble de este porcentaje recomendado, lo que habla de un abuso de este procedimiento. Los índices de cesáreas son el indicador más evidente de una cadena de prácticas negativas que se realizan en el marco de la atención del embarazo, el parto y el puerperio

Roberto castro, investigador del centro regional de investigaciones multidisciplinarias de la UNAM (2014), dio a conocer que Oaxaca, Estado de México, Veracruz, Jalisco, Guerrero y Sinaloa, así como el distrito federal, son las entidades que concentran el número de quejas por violencia obstétrica y salud reproductiva en México.

Se realizó una encuesta para documentar los casos e incidencias de violencia obstétrica en la cual se preguntó sobre el número de quejas recibidas contra el personal de salud de las instituciones como lo son: instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores de estado, instituto mexicano del seguro social, secretaria de salud del gobierno federal mexicano y comisión nacional de arbitraje médico, solo el ISSSTE reporto que durante el periodo 2009 al 2012 ha recibido 122 quejas por malos tratos o negligencia médica contra las mujeres en la atención gineco-obstetrica.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



Mientras tanto la CONAMED, informo que durante el 2009 y 2011 han sido concluidas 17 investigaciones sobre quejas en caso de atención gineco-obstetrica en la cual se observó evidencia maltrato hacia la mujer.

La comisión nacional de derechos humanos recibió también 122 quejas relacionadas con malos tratos durante la atención del embarazo, parto y puerperio durante el 2009 al 2012 92 quejas fueron para el IMSS, ISSSTE 15 quejas, secretaria de la defensa nacional 5, secretaria de marina 5, SSA 5.

Castro dio a conocer que Oaxaca, Estado de México, Veracruz, Jalisco, Guerrero y Sinaloa, así como la Ciudad de México, son las entidades que concentran el mayor número de quejas por violencia obstétrica y salud reproductiva en México.

La comisión nacional de arbitraje médico señaló que del 2000 al 2012 en el país se registran 2 mil 877 quejas sobre la especialidad de ginecología y obstetricia, por su parte la comisión nacional de los derechos humanos emitió 400 recomendaciones a nivel nacional entre los años 2002 al 2013 sobre violencia de derechos en materia de salud reproductiva.

Valdez señaló que en el estado de Morelos en el 2012, el 29 % de las mujeres menciona algún tipo de abuso o maltrato durante el parto y 19 % recibió un comentario humillante. Resalto que el tacto vaginal fue la maniobra de que más se quejaron, por la que hay que cuidar el contexto en el que hacen partos y todos los procesos.

Se realizó una investigación en el 2010 por parte del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) a nivel nacional en donde reporta que el estado de Veracruz se atienden 60% partos eutócicos y 40% cesáreas de los cuales el 93% son atendidos por médicos, el 6% por parteras y el 1% sin datos, además también se realizó una encuesta donde indica que el Estado durante el 2009 y 2012 se presentaron 8 quejas por violencia obstétrica que reportó el SSA, la CNDH sin datos de quejas.



2.2 CONSULTA DE OTROS ESTUDIOS

Se realizó un estudio en Altotonga Veracruz un proyecto de tesis ESTUDIO DE CASO EN ALTOTONGA VERACRUZ realizado en noviembre del 2014, donde se encuestó a un grupo de paciente para saber cuánto conocen sobre la violencia obstétrica y si han sido víctimas de maltrato por el personal de salud y se obtuvieron los siguientes resultados:

Un 90.2% del cien por ciento de las encuestadas, respondió que no sufrió discriminación al solicitar la atención en el área de urgencias, siendo primigestas de un nivel socio económico medio con estudios de escolaridad primaria , encontrando similitud en los grupos de edad de 13 a 17 y 18 a 22 años de un 19.5% . Y un porcentaje mínimo del 9.6% con escolaridad bachillerato y secundaria, primigestas, multigesta con un nivel bajo respondió que si recibió discriminación por parte del personal de enfermería.

Del cien por ciento de las entrevistadas femeninas respondieron en un 46.3% que el trato que recibieron durante su estancia en el área de urgencia por el personal médico y enfermera fue regular, el 26.8% son pacientes multigestas con escolaridad de primarias encontrando una similitud en el porcentaje, casadas con un nivel socioeconómico medio, en donde resalta el grupo de edad 18 a 22 años, el 29.3% que recibieron un mal trato por parte de dicho personal de salud sobre saliendo el grupo de edad de 13 a 17 años, primigestas . Y un mínimo respondió que el trato que se le brindó fue bueno.

Un 63.4% del cien por ciento de las encuestadas femeninas respondieron que el trato que recibió por parte del personal de salud en el área de toco labor fue malo siendo primigestas, casadas con escolaridad de primaria con un nivel socioeconómico medio sobre saliendo el grupo de edad 18 a 22 años de edad. Y un mínimo 4.9% respondieron que el trato fue excelente, todas ellas de nivel económico medio, solteras y casadas del grupo de edad 23 a 32 años. Estos hallazgos coincidieron con los autores Terán, castellano, González, Ramos (2013) en su estudio en donde señala que el 49.4% de las parturientas fue objeto de un trato deshumanizante en el área de toco.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



Del cien por ciento de las encuestadas el 92.7% de las pacientes puérperas casadas primigestas con escolaridad de primaria con un nivel socio económico medio con edad de 13 a 17 años, respondieron no saber que es la violencia obstétrica. Y un mínimo respondió que lo ha leído en internet, con escolaridad de Licenciatura sobresaliendo el grupo de edad 28 a 32 años, encontrando similitud en el porcentaje.

En este sentido, hay un desconocimiento sobre lo que es violencia obstétrica, al responder que es un proceso del embarazo y un mínimo del 2.4% respondió que es un trato deshumanizado por el personal médico y de enfermería. Estos hallazgos difieren con los autores Faneite, Feo, Toro (2013) ya que ellos realizaron el estudio al personal de salud encontrando que el 89.2% si conoce la definición de violencia obstétrica.

Un 63.4% del cien por ciento de las encuestadas femeninas primigestas casadas respondieron que durante su estancia en el área de toco labor si sufrieron tratos inadecuados que la hicieron sentirse humillada, un 24.4% refirió que fue maltratada por parte del ginecólogo, mientras que en el área de alojamiento conjunto el trato fue regular en un 53.7%, la mayoría de las puérperas tuvieron un parto normal, todas ellas con escolaridad de secundaria y un nivel socioeconómico medio, sobresaliendo el grupo de edad de 13 a 17 años. Por otro lado, el 26.8% respondió que no recibieron tratos inadecuados en el área de toco labor sobresaliendo el grupo de edad 28 a 32 años multigestas con escolaridad de primaria. Estos hallazgos coincidieron con los autores Terán, castellano, González, Ramos (2013) en su estudio en donde señala que el 49.4% de las parturientas tuvieron un trato deshumanizante en el área de toco labor.

Del cien por ciento de las encuestadas femeninas el 70.7% primigestas casadas respondieron que no recibieron información sobre como es el proceso de trabajo de parto y parto, considerando un 43.9% como mala la información ya que no recibieron apoyo emocional, fortaleza y ánimo durante el trabajo de parto y parto, todas encuestadas con grado de escolaridad primaria y secundaria encontrando una similitud en nivel socioeconómico medio. Y un mínimo señaló que el ginecólogo y la enfermera si le brindaron información, todas del grupo de 28 a 32 años de edad solteras, casadas.



Del cien por ciento de las encuestadas femeninas primigestas 100% respondieron que la colocaron en posición ginecológica para parir; un 100% nunca le pidieron opinión sobre qué posición deseaba tener a su bebe, en su mayoría casadas con escolaridad primaria y un nivel socio económico medio, prevaleciendo el grupo de edad 13 a 17 años.

CAPITULO III ANTECEDENTES

3.1 ANTECEDENTES DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La violencia obstétrica es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de la mujer embarazada, ya que el personal de salud se apropian del cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer, que se expresa en un trato deshumanizador, un abuso de la medicalización y la patologización de los procesos naturales, eso conlleva que la mujer pierda su autonomía y la capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad.

Esta problemática se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud públicos y privados, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género. En este sentido las instituciones de salud durante la atención del parto, el personal de salud violan los derechos humanos y reproductivos de la mujer embarazada utilizándolas como un recurso didáctico sin un respeto a su dignidad, utilizando expresiones verbales que van desde los regaños, burlas, ironías, insultos, humillaciones, una mala información sobre su proceso en el trabajo de parto tomando decisiones sin consultárselas, el aplazamiento o a veces la negación del tratamiento médico. Desde esta perspectiva, se abordan los antecedentes sobre violencia obstétrica en los siguientes párrafos:

Por este tipo de violaciones a los derechos humanos de la mujer durante el parto, se han realizado reuniones internacionales para abordar este problema como fueron: La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (ONU, 1979, declaró ley 23.179/85); en Puerto Rico se dictó la ley 54 en (1989); Convención sobre los Derechos del Niño (ONU) estableció ley 23.849/90 en 1989;



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



Declaración y programa de Acción de Viena en (1993), Protocolo de Palermo Ley 25.632(2002); Protocolo Facultativo de la CEDAW (Ley 26.171(2006). Otros países como Ecuador estableció la Ley 103 para reprimir la Violencia contra la Mujer y la Familia” en (1995); Guatemala el Decreto la Ley 97 en (1996) para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar; Perú lo hizo mediante la Ley 27.306(2000); Uruguay dictó la Ley 17.514(2002) de Violencia Doméstica; España sancionó la Ley Orgánica 1(2004) de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género; Chile estableció la Ley 20.066 en (2005) sobre Violencia Intrafamiliar; por su parte Brasil estableció la Ley 11.340(2006), llamada Ley María da Penha; Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Por otro lado, destaca también la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, acuerdo firmado en 1994 en, en la ciudad de Belem de Pará, y treinta y dos estados de treinta y cuatro en Brasil. Los acuerdos en esta convención tienen como objetivo fundamental: proteger los derechos humanos de las mujeres y prevenir, sancionar y eliminar los estados de violencia que puedan afectarlas, en el entendido que toda humana tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado. La Convención de Belén do Pará, es el único instrumento internacional para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer.

En este sentido la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer define como “violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”. De acuerdo a esta definición la convención afirma que los tipos de violencia se evidencian como acciones físicas, sexuales o psicológicas, considerando como agresores a quienes la infringen en el espacio doméstico, en la comunidad, por el Estado y agentes.

Mientras que en 1995 en Pekín, se celebró la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres, donde los países del mundo presentes y representados consensan en el reconocimiento de la violencia contra las mujeres como un impedimento para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz, porque es una violación y un menoscabo al goce y el disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las mujeres, la mitad de la



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



Humanidad. Además, va más allá, y define la violencia como una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres.

La Convención Interamericana de Belem do Pará para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer, celebrada el 9 de junio de 1994, llegó a ser firmada por México en 1995 y ratificada por el Senado mexicano en 1998. Con esto se dota de un instrumento internacional el cual vincula a México para condenar todas las formas de violencia contra la mujer y se acordó adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia en el territorio.

.En México el 19 de Diciembre de 2006, el Congreso de la Unión expidió la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada el 1º de Febrero del año 2007; la cual realiza una aproximación a la definición de la violencia contra las mujeres: "Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público" y que se expresa en amenazas, agravios, maltrato, lesiones, y daños asociados a la exclusión, la subordinación, la discriminación y la explotación de las mujeres y que es consubstancial a la opresión de género en todas sus modalidades afectando sus derechos humanos.

La violencia de género contra las mujeres involucra tanto a las personas como a la sociedad, comunidades, relaciones, prácticas e instituciones sociales, y al Estado que la reproduce al no garantizar la igualdad, al perpetuar formas legales, jurídicas, judiciales, políticas androcéntricas y de jerarquía de género y al no dar garantías de seguridad a las mujeres durante todo su ciclo de vida.

Gutiérrez señala que cuatro de cada cinco indígenas son víctimas de la violencia obstétrica, lo que se refleja en el maltrato, humillación, ridiculización y agresiones psicológicas, físicas y verbales en el control del embarazo, el parto o al solicitar atención en los servicios de salud.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010 siete de cada diez mexicanas de más de 15 años han tenido al menos un hijo vivo; lo que indica que 71.6% de la población



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



femenina con vida reproductiva en México ha necesitado atención médica durante el período de embarazo, parto y puerperio.

Se dice que los datos sobre el número de partos y cesáreas atendidos en 2009, confirman lo que ya se ha documentado desde hace varios años: el incremento desproporcionado de los nacimientos por cesárea. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 38.1% del total de nacimientos suceden mediante cesáreas.

En cuanto a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, refiere que México se encuentra en el cuarto lugar a nivel mundial (después de China, Brasil y Estados Unidos) en el uso de la práctica de cesáreas sin indicación médica. Además revela que ha habido un incremento de 50.3% de la práctica de cesáreas en los últimos doce años.

En el sector público se incrementó en un 33.7% y en el privado en 60.4%. Los índices de cesáreas son el indicador más evidente de una cadena de prácticas negativas que se realizan en el marco de la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

Del resto de los nacimientos, 59.7% fueron partos “eutócicos” (parto normal, entendido como el proceso que termina sin necesidad de intervención médica quirúrgica a la madre), 2% fueron partos “distócicos” (parto con complicaciones, que requiere apoyo médico especializado), en el 0.2% de los casos no se especifica. Se debe enfatizar que como ya fue señalada la OMS recomienda un máximo de 15% de cesáreas. México tiene más del doble de este porcentaje recomendado, lo que habla de un abuso de este procedimiento.

Los índices de cesáreas son el indicador más evidente de una cadena de prácticas negativas que se realizan en el marco de la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

A nivel nacional, en 2010, 97 de cada 100 mujeres embarazadas fueron atendidas por un médico y 2% por una partera, el resto no especificó por quién fue atendida.

A lo largo de las últimas décadas se han observado y confirmado las posturas del personal de salud acerca de la violencia obstétrica a nivel mundial, no hay estadísticas exactas internacionales sobre las mujeres que han sufrido esta tipo de violencia.



En México ha sido uno de los temas con más auge durante este último año, aunque no hay cifras exactas de violencia obstétrica en el estado, de cuántas quejas se han reportado ante la CNDH, además las instituciones de salud no las reporta; es un tema relevante ya que las instituciones deben de brindar una atención de calidad y calidez a la mujer embarazada para evitar las muertes maternas.

CAPITULO IV MARCO LEGAL

4.1 MARCO LEGAL

La violencia obstétrica ha sido naturalizada entre el personal médico y obstétrico, así como en la sociedad en su conjunto, incluidas las mismas mujeres que lo padecen. En México, los diversos tipos y modalidades de violencia contra las mujeres se contemplan en la ley general y en las leyes locales de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, que regulan las políticas públicas en la materia. La ley general no incluye a la violencia obstétrica y a nivel local solo los estados de Chiapas, Guanajuato, Durango y Veracruz cuenta con definiciones de violencia obstétrica en sus leyes respectivas.

La ley del distrito federal contiene un tipo de violencia contra los derechos reproductivos que, aunque no menciona a la violencia obstétrica específicamente en su definición hace referencia a que toda acción y omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres en relación a servicios de atención prenatal así como a servicios obstétricos de emergencia.

La definición contenida en la ley de acceso de Guanajuato define la violencia obstétrica como todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica.

Las definiciones de las leyes de acceso de los estados de Chiapas y Veracruz son más específicas respecto de los actos y omisiones que configuran la violencia obstétrica y en sus definiciones todas comparten las siguientes conductas:



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



- Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.
- Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas existiendo los medios para realizar un parto vertical.
- Obstaculizar sin causa medica justificada al apego precoz del recién nacido con la madre, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento expresado e informado de la mujer.
- Practicar la cesárea aun cuando existen condiciones para el parto natural sin obtener el consentimiento expresado e informado de la mujer.
- En congruencia con la naturaleza e interés de este tipo de regulación, las leyes de acceso de esos tres estados contemplados, que el perpetuador de este tipo de violencia es el personal de salud, sin especificarse su carácter, lo que implica que puede ser cualquier persona que brinde o participe en la prestación de un servicio de salud ya sea público, social y privado.

El código penal de Veracruz tiene tipificado el delito de violencia obstétrica, dicha tipificación se realizó en el marco de una serie de modificaciones propuestas a este ordenamiento, para lograr un acceso efectivo de las mujeres a una vida libre de violencia, tal como se asegura en la exposición de motivos de iniciativa de reforma del artículo 363 de dicho código.

Al revisar la ley de acceso podrá encontrarse en disposiciones legales que definieran diversos tipos y modalidades de violencia, se tipifiquen en el ordenamiento penal.

Tal como reformado, el artículo 363 establece que comete el delito de violencia obstétrica el personal de salud que:

- No atienda o brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o una emergencia obstétrica.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



- Altere el proceso natural de parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expresado e informado de la mujer.
- Acose o presione psicológica y ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad.
- Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, mediante la negación a esta de la posibilidad de cargarle y amamantarlo inmediatamente después de nacer.
- Aun cuando existe los medios necesarios para la realización del parto del vertical obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con sus piernas levantadas o en forma o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.

Las penas contempladas van de tres a seis años de prisión y multa hasta de trescientos días de salario para el caso de las fracciones I, II, III, IV. Para quien incurra en los supuestos de las fracciones IV y V las sanciones van de seis meses a tres años de prisión y multa de hasta doscientos salarios. Aunado a las penas señaladas, si el sujeto activo del delito fuere servicio público, se le impondrá la destitución e inhabilitación hasta dos años para ejercer otro empleo, cargo o comisión públicos.

Si se compara la definición incorporada en la ley de acceso de Veracruz con las fracciones contenidas en el código penal del mismo estado, no se encuentra innovación o mayor descripción de las conductas que atentan contra la dignidad de las mujeres en materia de violencia obstétrica, salvo la fracción IV del artículo 363 del código penal estatal. Sobre la tipificación del delito de violencia obstétrica cabe señalar que en los estados de Puebla y Oaxaca se ha presentado sendas iniciativas de reforma para tipificar la violencia obstétrica como delito pero hasta el momento no se han aprobado.

A este respecto, si bien hay ciertas conductas que deberían estar codificadas en el derecho penal, especialmente la realización de métodos anticonceptivos permanentes sin consentimiento informado, cabe preguntarse si para otro tipo de conductas la utilización del derecho penal como mecanismos para coercitivo para la respuesta adecuada para erradicar este tipo de violencia.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



NORMA OFICIAL MEXICANA

NOM-007- SSA2 -2016 PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA.

Que el 6 de enero de 1995 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, la cual entró en vigor al día siguiente de su publicación;

Que la ciencia médica, a nivel nacional e internacional, ha desarrollado importantes avances en materia de investigación científica que permiten establecer mejores prácticas médicas, servicios para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención de la persona recién nacida, especialmente, en cuanto a los cuidados prenatales, atención oportuna y de calidad durante el parto y la atención que requiere la persona recién nacida en los primeros 28 días de vida, a fin de que se logren establecer alternativas para un mejor desarrollo en salud durante la línea de vida de la madre y de sus hijas e hijos;

Que el 25 de mayo de 2009, de conformidad con el artículo 27, fracción III, de la Ley General de Salud y los artículos 71 al 75, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, se firmó el Convenio General de Colaboración entre la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, a fin de proveer servicios de salud a través de sus unidades médicas a todas las mujeres embarazadas que presenten una emergencia obstétrica con el fin de reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal a nivel nacional, lo que se reflejará en los indicadores correspondientes;

Que con fecha 5 de noviembre de 2012, en cumplimiento de lo acordado por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades y de conformidad con lo previsto en el artículo 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, a efecto de que dentro



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



de los sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentarán sus comentarios ante dicho Comité Consultivo Nacional de Normalización ;

Que con fecha 17 de febrero de 2016, en cumplimiento a lo previsto en el artículo 47, fracción III, el citado Comité Consultivo Nacional de Normalización, aprobó las respuestas a comentarios recibidos, así como las modificaciones al proyecto que derivaron de las mismas, las cuales, con fecha previa, fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación recibidas por el mencionado Comité, y que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades.

El artículo 4o., de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece los derechos humanos de toda persona a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. La Ley General de Salud en su artículo 3o., fracción IV, define la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61, del mismo ordenamiento jurídico, reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como de la persona recién nacida y etapas posteriores, vigilando su crecimiento y desarrollo.

La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza. Por ello se busca contribuir al cumplimiento de dos de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio que el Gobierno de México hizo suyos, junto con 189 países más, al adoptar la Declaración del Milenio en el año 2000, hasta el 2015 la atención materna y perinatal basada en el objetivo 4, que corresponde a disminuir la mortalidad de los niños menores de cinco años, en dos terceras partes entre 1990 y 2015, y el 5 que es "Mejorar la Salud Materna", con el 5.A, que se refiere a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, y lograr la cobertura universal de asistencia al parto, actualmente orientamos las acciones a la nueva Estrategia Mundial para la salud de la Mujer, la Niñez y la adolescencia 2016-2030, que tiene como objetivo lograr el más alto nivel de salud para todas la mujeres, los niños y adolescentes transformar el futuro y garantizar que cada recién nacido, la madre y el niño no sólo sobreviva, sino que



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



prosperare. La estrategia se basa en el éxito de la estrategia 2010, lo que ayudó a acelerar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, establece seis objetivos asociados a las Metas Nacionales: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global y a las tres estrategias transversales: Democratizar la Productividad, Gobierno Cercano y Moderno, así como Perspectiva de Género.

Estos seis objetivos se refieren a: 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida; 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país; 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud, y 6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

El Plan Sectorial de Salud 2013-2018, destaca los logros sustantivos en diversos indicadores, como el aumento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil en el país. Sin embargo, queda pendiente avanzar en algunos indicadores clave de salud. Por ejemplo, la mortalidad materna que se redujo a menos de la mitad entre 1990 y 2011 (al pasar de 89 a 43 defunciones de mujeres por cada 100,000 nacidos vivos). No obstante, este indicador se encuentra lejos de alcanzar la meta de 22 defunciones propuesta para 2015, como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que fueron pactados con los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), para alcanzar una mejor calidad de vida de la población, razón por la cual el Plan Sectorial de Salud 2013-2018, contempla estrategias y líneas de acción específicas para atender esta situación prioritaria.

El 30 de agosto de 2013, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (PROIGUALDAD), que da respuesta a la obligación señalada en el PND, de contar con una estrategia transversal de perspectiva de género en todos los programas, acciones y políticas de gobierno; esto significa que en los programas sectoriales,



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



especiales, institucionales y regionales que elaboren las dependencias de la Administración Pública Federal estarán explícitas la perspectiva de género y las acciones afirmativas (concebidas como medidas efectivas, caracterizadas por su dimensión temporal que inciden en la reducción de las desigualdades) que permitan reducir las brechas de desigualdad entre mujeres y hombres. En este Programa se incorpora el objetivo 4 Fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar, de en su estrategia.

Contempla Impulsar el acceso de las mujeres a los servicios de cuidado a la salud en todo el ciclo de vida y explícitamente incluye la línea de acción.

Reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.

En ese mismo sentido, se busca impedir la transmisión perinatal de sífilis y VIH, mediante su detección y tratamiento oportunos. Se promueve además, la adecuada nutrición, la prescripción de hierro y ácido fólico, y multivitamínicos, así como, evitar el uso y abuso de sustancias tóxicas y adictivas para prevenir bajo peso y daños en el feto.

Así mismo, se enfatiza sobre las ventajas de la lactancia materna y el espaciamiento de los embarazos a través de la adopción de un método anticonceptivo posparto, con pleno respeto a la decisión de la mujer. Se busca en definitiva que la mujer y su pareja, se corresponsabilicen junto con la institución que provee el servicio y su personal, en el cuidado de su salud.

En este mismo sentido, se afirma que el derecho universal a la salud sexual y reproductiva, la opción libre e informada, el respeto a la integridad física y el derecho a no sufrir discriminación ni coerción en todos los asuntos relacionados con la vida sexual y reproductiva de las personas, y a su vez recibir un trato digno y respetuoso bajo los derechos humanos y la perspectiva de género, llevando un embarazo más seguro y protegido.

Esta norma respeta los derechos reproductivos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos,



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva.

Las intervenciones que se desarrollan para alcanzar la maternidad segura son: planificación familiar, atención preconcepcional, prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados obstétricos esenciales.

Por lo anterior, es necesario puntualizar las acciones a cumplir en cada consulta, con sentido ético, respetuoso y humanitario, y que éstas deban realizarse cuidadosamente, con un análisis e interpretación correcta de los resultados que se obtengan de pruebas rápidas, de laboratorio y, en su caso, de gabinete. Al mejorar la consulta pregestacional y prenatal, se contribuirá a la identificación oportuna de posibles riesgos en una fase temprana y por lo tanto establecer medidas preventivas, o bien, el tratamiento correspondiente con mínimas secuelas y evolución satisfactoria.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención, entre los que destacan, el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas generalizadas que llevadas a cabo en forma rutinaria y sin indicaciones generan riesgos innecesarios.

Por lo tanto, las acciones incluidas en esta Norma, tienden a favorecer el desarrollo fisiológico de cada una de las etapas del embarazo y a prevenir la aparición de complicaciones.

En caso de una complicación no diagnosticada de manera oportuna y que ésta evolucione a una forma severa, se establece, al igual que en otras normas internacionales vigentes, que la atención de urgencias obstétricas es una prioridad todos los días del año y que el personal de salud debe informar con oportunidad a la mujer embarazada y a sus familiares desde la primera consulta prenatal, y refiriéndola a los establecimientos para la atención médica de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud que atienden urgencias obstétricas, sea o no derechohabiente de alguna de ellas.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



Considerando el incremento de maltrato reportado en estudios nacionales e internacionales hacia la mujer en todas sus formas, y en razón al estado de vulnerabilidad que se presenta durante el embarazo, esta debe ser identificada y atendida con oportunidad.

Otros factores de riesgo que pueden incidir en el incremento de la mortalidad materna es la violencia que, en sus diferentes formas, tiene efectos negativos en la salud emocional y física de la mujer embarazada y complicaciones graves en su salud sexual y reproductiva.

La violencia sexual y la violencia a la mujer pueden ocasionar embarazos no deseados, problemas ginecológicos, abortos provocados e infecciones de transmisión sexual, entre ellas, la infección por sífilis y/o VIH. La violencia o maltrato hacia la mujer durante el embarazo aumenta la probabilidad de sufrir abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer, para lo cual es necesario realizar acciones de prevención primaria de la violencia familiar y de género, así como canalizar a servicios especializados a las mujeres que la viven, sobre todo si se encuentran en etapa gestacional.

Por lo mencionado, es necesario efectuar cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados, a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera la presente Norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención en salud y señalar pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal.

OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN

Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida.

Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, durante el parto, puerperio y de las personas recién nacidas.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



DISPOSICIONES GENERALES

La atención médica que reciban las mujeres en edad reproductiva en los establecimientos para la atención médica públicos, privados y sociales del país, debe ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería.

La consulta preconcepcional debe fomentarse para promover la salud de la mujer y de su descendencia, evaluar la salud de la mujer en esta etapa permite identificar condiciones de riesgo reproductivo, en el embarazo y sobre todo, llevar a cabo medidas preventivas.

La asistencia del personal de salud debe estar dirigida a identificar y aconsejar sobre los problemas existentes, situar a la mujer en las mejores condiciones de salud posible para embarazarse y planear de forma objetiva el momento más adecuado para el embarazo.

En la visita preconcepcional, se debe brindar información sobre los cuidados de la persona recién nacida, lactancia, tamiz metabólico neonatal, estimulación temprana y aplicación de vacunas, prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias.

En los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado, que no cuenten con el servicio de atención de urgencias obstétricas, se debe procurar en la medida de su capacidad resolutoria, auxiliar a las mujeres embarazadas en situación de urgencia, y una vez resuelto el problema inmediato y estabilizado y que no esté en peligro la vida de la madre y la persona recién nacida, se debe proceder a su referencia a un establecimiento para la atención médica que cuente con los recursos humanos y el equipamiento necesario para la atención de la madre y de la persona recién nacida.

Los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas urgencias, equipo e instalaciones adecuadas, así como los insumos y medicamentos necesarios para su manejo, además de contar con servicio de transfusión sanguínea o banco de sangre con hemocomponentes y laboratorio para procesamiento de muestras; 24 horas del día, todos los días del año.

Todo el tiempo y en especial durante el embarazo y la lactancia, se debe promover que la mujer se abstenga de utilizar sustancias adictivas como tabaco (aun como fumadora pasiva), bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.

Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como, proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos para la atención médica, en su caso.

Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.

Las mujeres y las personas recién nacidas referidas a los establecimientos para la atención médica por las parteras tradicionales u otro prestador de servicio de salud de la comunidad, deben ser atendidos con oportunidad. La mujer debe tener la opción de parir en forma vertical, siempre y cuando se cuente con personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin, preservando en todo momento su autonomía y la seguridad del binomio.

En los establecimientos para la atención médica, se debe disponer de la capacidad para detectar, registrar, asignar y manejar oportunamente el riesgo reproductivo, obstétrico y perinatal para cada embarazo, el cual debe servir para planear y aplicar un plan de vigilancia y manejo de forma individual y con la intervención de los especialistas acordes a cada situación.

Los establecimientos para la atención médica, deben garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto y puerperio, así como durante la atención de urgencias obstétricas.

ATENCIÓN DEL EMBARAZO.

Las actividades a realizar por parte del personal de salud en la primera consulta de atención prenatal deben ser:



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



Elaborar y registrar la historia clínica en un expediente, carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada, debiendo tener los siguientes apartados:

Identificación de la embarazada, su nombre completo que acredite con una identificación oficial edad, escolaridad, estado civil, empleo, lugar de residencia habitual, teléfono y los datos de algún familiar o amistad para establecer contacto en caso necesario; Identificar antecedentes heredo familiares, personales patológicos y personales no patológicos; Identificar antecedentes de embarazos previos y su resolución mediante interrogatorio intencionado para datos de: cesárea, preeclampsia, hemorragia obstétrica, parto pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino, óbito, pérdida repetida de la gestación, diabetes gestacional y malformaciones fetales.

Realizar el diagnóstico del embarazo por el método clínico, de laboratorio (prueba inmunológica de embarazo en orina o suero) o ultrasonográfico; con este fin, no se deben emplear estudios radiográficos ionizantes ni prescribir medicamentos hormonales.

Calcular la edad gestacional y fecha probable de parto.

Realizar búsqueda de factores de riesgo en el interrogatorio en forma dirigida.

Identificar los siguientes factores de riesgo para Diabetes Gestacional: Padres con Diabetes Mellitus o familiares en primer grado; antecedente de DG; edad mayor de 25 años; peso al nacer de la paciente igual o mayor que 4 Kg; obesidad igual o mayor que 90Kg, IMC Kg/E² igual o mayor que 30Kg/E² antes del embarazo; pacientes con tamiz alterado, a la hora igual o mayor que 130mg/dl; hijos/as con peso al nacer igual o mayor que 4,000g; antecedente de óbito; aborto recurrente; hijos con malformaciones congénitas e hipertensión arterial crónica.

Identificar e informar a la mujer embarazada, sobre el alto riesgo que representan las adicciones a sustancias químicas, la automedicación, la exposición de fármacos, tabaco, marihuana, alcohol o sustancias psicoactivas o psicotrópicas y otras drogas con efectos potencialmente agresivos para la madre y el producto, que puedan tener repercusiones en la evolución del embarazo, y daño embrio-fetal, independientemente del periodo gestacional.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



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

Identificar datos de depresión o cualquier otro trastorno en relación a la salud mental durante el embarazo, parto y puerperio.

Cuando se atiende a una mujer embarazada, de manera particular si es adolescente menor a 15 años, realizar la búsqueda intencionada de ejercicio de violencia sexual, familiar o de género. En caso de encontrarse datos sugestivos, proceder conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

Exploración física completa que incluya: signos vitales, peso, talla y evaluación del estado nutricional, exploración bucodental, mamaria, auscultación cardiaca materna, medición del fondo uterino y de la frecuencia cardiaca fetal en su caso, así como toma de citología cérvico-vaginal, si procede, todas estas actividades deben ser anotadas en el expediente clínico para cada consulta otorgada.

Prescripción de medidas generales higiénico dietéticas con el fin de promover la salud.

Aplicar la primera dosis de toxoide antitetánico preferentemente antes de la semana 14 y la segunda, entre 4 y 8 semanas después de la primera aplicación.

Para prevenir defectos del tubo neural, es importante prescribir 0.4 mg de ácido fólico y micronutrientes desde el periodo, mínimo tres meses previos a la primera consulta y durante todo el embarazo.

Solicitar los siguientes exámenes de laboratorio:

- Biometría hemática completa.
- Grupo sanguíneo y factor Rh. En Paciente Rh negativo.
- Glucosa en ayuno y a la hora.
- Creatinina
- Ácido úrico



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



- Examen general de orina; se recomienda realizar prueba rápida con tira reactiva en cada consulta prenatal e indicar urocultivo para que en caso positivo se inicie tratamiento antibacteriano.
- Prueba de laboratorio para detectar sífilis en la embarazada y prevenir sífilis congénita.
- La detección de VIH y sífilis debe ser ofertada sistemáticamente de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.7, del Capítulo de Referencias, de esta Norma. La prueba de tamizaje para VIH y sífilis se debe realizar en las primeras 12 semanas previa orientación y aceptación de la embarazada, a través de su consentimiento informado, enfatizando la consejería y orientación acerca de los beneficios de una prueba en etapas tempranas del embarazo para evitar transmisión

vertical hacia el feto. Se debe asentar en el expediente clínico que se ofertaron ambas pruebas y la mujer debe firmar la decisión que tomó acerca de su realización. En aquellas mujeres que no se sometieron a tamizaje durante las etapas tempranas del embarazo debe ofrecerse la realización del mismo, antes del parto o en el postparto inmediato, para las medidas profilácticas o terapéuticas que apliquen.

Toda mujer que resulte positiva a VIH o sífilis, debe ser enviada inmediatamente al segundo nivel de atención, o establecimientos para la atención médica especializados.

- Exámenes de gabinete pertinentes. De acuerdo a valoración clínica y evolución del embarazo, se podrá solicitar estudio ultrasonográfico.

Promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo atendiendo al siguiente calendario:

1ª consulta: entre las 6 - 8 semanas;

2ª consulta: entre 10 - 13.6 semanas;



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



3ª consulta: entre 16 - 18 semanas;

4ª consulta: 22 semanas;

5ª consulta: 28 semanas;

6ª consulta: 32 semanas;

7ª consulta: 36 semanas; y

8ª consulta: entre 38 - 41semanas.

La importancia de la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos fetales y maternos pudiendo aplicar el tamizaje prenatal oportuno entre 11 y 13.6 semanas, y segundo trimestre de 16 a 22 semanas, donde el ultrasonido es un medio fundamental de vigilancia.

Promover que se realice un ultrasonido obstétrico en cada trimestre del embarazo por personal capacitado, para determinar el bienestar materno y fetal de manera intencionada. El primero entre las semanas 11 a 13.6, mediante el cual se establezca la vitalidad, edad gestacional y número de fetos que se están gestando; el segundo entre las 18 y 22 semanas y el tercero, entre las 29 y 30 semanas o más de gestación.

Por el alto riesgo de la morbilidad y la mortalidad perinatales, toda mujer embarazada con 41 semanas o más, debe ser trasladada al segundo nivel de atención, para su valoración y atención.

En la consulta prenatal efectiva y periódica, los prestadores de servicios de salud deben brindar a la embarazada, información clara, veraz y basada en evidencia científica, sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca sobre los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar. Resaltar la atención ante posibles complicaciones que pueden poner en riesgo su vida y la de la persona recién nacida y que debe estar alerta ante los primeros signos y síntomas para buscar atención médica inmediata. La consulta prenatal debe ofrecer la oportunidad de aclarar dudas a la embarazada, especialmente para aquéllas que cursan su primer embarazo; durante todo



el embarazo se deben efectuar acciones para prevenir o detectar la presencia de enfermedades preexistentes o subclínicas, diabetes gestacional, infecciones de vías

urinarias, infecciones periodontales y pre eclampsia; además de promover el autocuidado y la preparación para el nacimiento, quedando registrado en el expediente clínico.

CONSULTAS SUBSECUENTES.

Las actividades a realizar por parte del personal de salud en las consultas subsecuentes deben ser:

Permitir a la embarazada exponer sus dudas y síntomas. Aclararle las dudas con lenguaje comprensible y tomar en cuenta todos los signos y síntomas que manifieste.

Hacer interrogatorio dirigido buscando datos de alarma en el embarazo.

Identificar signos y síntomas de urgencia obstétrica: hipertensión arterial, pérdida de la conciencia, convulsiones, epigastralgia, cefalea intensa, hemorragia transvaginal, palidez intensa, dolor abdominal, fiebre, pérdida transvaginal de líquido o sangre

Realizar medición, registro e interpretación de peso, talla, presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, crecimiento de fondo uterino, movimientos del feto y frecuencia cardíaca fetal, ultrasonido.

Realizar interpretación y valoración de los resultados de exámenes de laboratorio y estudios de gabinete solicitados en la entrevista previa. En caso de cualquier anomalía en los estudios, se debe referir a la paciente con el médico especialista de forma inmediata y en su caso, trasladar al servicio de atención obstétrica de urgencia.

A todas las mujeres embarazadas se debe realizar la prueba de detección para diabetes gestacional entre la semana 24 y 28 del embarazo, aunque las mujeres con mayor riesgo pueden ser estudiadas desde antes.

Promover que la mujer embarazada acuda a consulta, de preferencia con su pareja, para que se integre y se corresponsabilice del control y vigilancia del embarazo; o bien, con algún familiar, para garantizar que alguien de su confianza la apoye en el proceso.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



Promover la lactancia materna exclusiva, excepto en los casos medicamente justificados, entre ellos, el de madre VIH positiva, en los cuales, se recomendará sucedáneos de la leche materna o humana.

Proveer información completa sobre los métodos anticonceptivos, así como proporcionar la oferta sistemática de éstos conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, de esta Norma, así como establecer mecanismos efectivos para la referencia y atención de la anticoncepción post-evento obstétrico, de preferencia en el post-parto o post-aborto inmediato y antes del alta hospitalaria, para aquellas mujeres que durante su control prenatal y su atención del parto expresen su deseo de usar algún método anticonceptivo.

Vacunar a la embarazada conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana.

Proporcionar información completa a la embarazada y a sus familiares, sobre signos y síntomas de alarma que ameriten una atención inmediata en el establecimiento para la atención médica, la elaboración de un plan de seguridad para la atención del parto o ante una urgencia obstétrica, en el que se identifique el establecimiento que prestará la atención, el vehículo a utilizar en el traslado y la persona acompañante, considerando planes alternativos en caso de urgencia, debiéndose registrar dicha información en los formatos institucionales de traslado, el carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada.

Trasladar oportunamente a las pacientes en situación de urgencia obstétrica a los establecimientos para la atención médica con la capacidad resolutive adecuada, para tal efecto el personal de salud debe:

Conocer e informar a la mujer embarazada y a sus familiares, la ubicación del establecimiento para la atención médica de atención de urgencias obstétricas que le corresponda.

Definir el traslado, de acuerdo con los criterios establecidos, para atención de las gestantes a los establecimientos para la atención médica de primer, segundo y tercer nivel, empleando para ello los formatos que se establezcan con ese fin, como pueden ser formatos institucionales de traslado, el carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



En todos los casos de urgencia obstétrica, tales como hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos del embarazo, amenaza de parto pretérmino, sepsis o con enfermedades

concomitantes graves, se debe brindar atención médica integral con oportunidad y calidad.

Proporcionar a la gestante, un carnet perinatal, cartilla o la guía básica para la mujer embarazada, que contenga los siguientes datos: ficha de identificación; antecedentes heredo familiares; antecedentes personales patológicos; antecedentes gineco-obstétricos; factores de riesgo obstétrico; evolución del embarazo en cada consulta incluyendo; fecha; edad gestacional; peso; presión arterial; fondo uterino; frecuencia cardiaca fetal; resultados de exámenes de laboratorio; observaciones; resultado de la atención obstétrica; factores de riesgo para embarazos posteriores.

Proporcionar información que destaque la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo.

El control prenatal debe ser realizado por personal calificado para la atención prenatal, con pertinencia cultural, considerando las diversas cosmovisiones en salud, especialmente de los pueblos indígenas, estar dirigido a la promoción de estilos de vida saludables, a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico como anemia, preeclampsia, complicaciones hemorrágicas del embarazo, infecciones cérvico vaginales, urinarias y de transmisión sexual, restricción del crecimiento intrauterino y detección y control de otras patologías preexistentes e intercurrentes con el embarazo, y aplicar las medidas de atención oportuna.

PREVENCIÓN DE BAJO PESO

La detección oportuna se debe realizar 3 meses antes del embarazo y durante la gestación. Los procedimientos preventivos deben incluir la orientación a la mujer para el autocuidado, la identificación de los signos de alarma y la búsqueda de atención médica oportuna. Esta orientación también debe ser proporcionada a su pareja o a algún familiar.



Para detectar la restricción del crecimiento intrauterino se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento del incremento del peso materno, altura del fondo uterino, y del estudio ultrasonográfico, realizado preferentemente en etapas tempranas del embarazo (antes de las 20 semanas de gestación).

En caso de sospechar restricción del crecimiento del feto, se debe confirmar el diagnóstico, clasificar, establecer el manejo y el seguimiento en el segundo o tercer nivel de atención.

En todos los establecimientos para la atención médica que manejan partos pretérmino, preferentemente se debe establecer la estrategia de madre canguro, para facilitar e incrementar el contacto de la persona recién nacida con la mamá. Además de propiciar la alimentación del recién nacido pretérmino con leche materna, en cuanto sea posible, a través de valoración clínica del médico.

ATENCIÓN DEL PARTO

En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto.

En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo.

Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



En la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión de mucosidad, líquido o sangre a través de los genitales, se deben tomar signos vitales, presión arterial, temperatura, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación,

borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas.

Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades; se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atención médica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda, en tanto no exista contraindicación médica. Si la madre escoge recostarse deberá recomendarse el decúbito lateral izquierdo para prevenir hipotensión materna y riesgo de hipoxia fetal.

La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado.

La utilización de auxiliares de diagnóstico de laboratorio y gabinete como la cardiotocografía y el ultrasonido, debe obedecer a indicaciones específicas. Los procedimientos invasivos requieren del consentimiento informado de la paciente por escrito.

A la recepción de la embarazada en trabajo de parto, la tricotomía vulvo perineal y la aplicación de enema evacuante, no serán de aplicación obligatoria, excepto en los casos que por indicación médica así se requiera. Asimismo, se debe reducir el número de tactos vaginales. En todo caso, la mujer debe ser informada previamente y debe existir nota



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



médica en el expediente clínico. Se recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica.

El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente eutocias o distocias. La mujer debe ser informada antes y después de la exploración.

Durante el periodo expulsivo, no debe realizarse la maniobra de Kristeller ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados.

La atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se debe promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de atención, implementos utilizados y permitiendo la elección de la posición por parte de la mujer. Esto se debe efectuar de acuerdo a las condiciones clínicas de la embarazada y del producto, así como de la adecuación de la infraestructura hospitalaria y la capacitación del personal para este tipo de atención. Dicha capacitación debe ser promovida por las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, en los lugares donde es culturalmente utilizado y aceptado.

Para el manejo activo del periodo del parto se recomienda la aplicación de 10 UI de oxitocina por vía IM o IV, posterior al nacimiento del hombro anterior. Realizar pinzamiento del cordón umbilical, tracción suave y sostenida del mismo y finalmente masaje uterino a través de la pared abdominal. Revisar que la placenta y sus membranas estén completas, verificar la integridad del canal del parto. Asimismo, comprobar que el útero esté contraído, el sangrado transvaginal sea escaso y los signos vitales sean normales.

La aplicación de otros uterotónicos será de acuerdo al criterio médico basado en evidencia con atención personalizada y bajo vigilancia.

La revisión manual o instrumental de la cavidad uterina no debe realizarse de manera rutinaria; no es una maniobra sustitutiva de la comprobación de la integridad de la



placenta. Sólo ante la sospecha de retención de restos placentarios, previa información a la paciente, bajo estricta técnica de antisepsia y analgesia, se debe realizar la revisión de la cavidad uterina por personal calificado.

En caso de realizar la operación cesárea, es necesario registrar con detalle en el expediente clínico los diagnósticos que condujeron a dicho procedimiento quirúrgico, y el o los profesionales de la salud responsables de la decisión.

Debe informarse oportunamente a la mujer de esta decisión y sus fundamentos, lo que también debe registrarse en el expediente clínico, incluyendo los riesgos y beneficios asociados y las consideraciones en futuros embarazos y partos después de la operación cesárea, y al final de este periodo, se debe valorar las condiciones clínicas para la aplicación de algún método anticonceptivo indicado en el postparto inmediato, como es el dispositivo intrauterino, siempre y cuando se haya cumplido con el proceso de consejería y de consentimiento informado.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO.

En todo establecimiento para la médica en el que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud aplicará los procedimientos para la vigilancia del puerperio inmediato, que deben incluir:

En caso de haberse realizado episiotomía, revisar la episiorrafia ante la posibilidad de hemorragia o hematoma, dentro de la primera hora posparto.

En la primera hora del puerperio, revisar a la paciente cada 15 minutos, vigilando el comportamiento de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, llenado capilar, hemorragia transvaginal, el tono y altura del útero y el reinicio de la micción espontánea.

Posteriormente, se revisará cada 30 minutos hasta completar las 2 primeras horas del puerperio y luego entre 4 y 8 horas de acuerdo a su evolución hasta su egreso.

En las primeras ocho horas, favorecer la deambulacion, alimentacion normal e hidratacion.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



Informar a la paciente y a su pareja, para que identifiquen oportunamente signos y síntomas de alarma, incluidos aquellos que afecten la salud mental.

El egreso de la paciente podrá efectuarse hasta que hayan transcurrido las 24 horas del posparto en caso de no existir complicaciones.

Durante el internamiento y antes del alta médica, orientar a la madre y a su pareja o familiar, sobre los cuidados de la persona recién nacida, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva, signos y síntomas de alarma de la persona recién nacida (succión e ingesta adecuada, micción y evacuación presente, estado de alerta, fiebre, ictericia, apnea, cianosis, dificultad respiratoria, llanto inconsolable, crisis convulsivas, vómito, distensión abdominal e hipotermia) o de la madre (fiebre, hemorragia, cefalea persistente), que ameritan atención médica urgente.

Para la atención del puerperio mediano y tardío, el personal de salud debe:

Proporcionar 2 consultas, la inicial dentro de los primeros 15 días y la segunda al final del puerperio.

Vigilar la involución uterina, los loquios, la presión arterial, frecuencia cardíaca y la temperatura tan frecuente como sea necesario para prevenir y detectar complicaciones.

Proporcionar información completa a la madre y a su pareja, sobre los cuidados de la persona recién nacida, cuadro de inmunizaciones, lactancia materna exclusiva, nutrición de la madre y los cambios emocionales que ocurren durante este periodo.

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Se recomienda el alojamiento conjunto.

Alimentación exclusiva al seno materno y/o leche humana, y realización de toma de muestra para el tamiz neonatal a partir de las 72 horas de vida.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



Se eliminarán como prácticas de rutina y serán realizadas sólo por indicación médica: la aspiración de secreciones con sonda, el lavado gástrico, el ayuno, la administración de soluciones glucosadas por vía oral, agua y/o fórmula láctea, el uso de biberón y la separación madre-hija/o.

Evitar el ayuno por más de 4 horas en la persona recién nacida a menos de que exista indicación médica y siempre con aporte de soluciones parenterales.

En el alojamiento conjunto, se debe vigilar y tomar signos vitales a la persona recién nacida por lo menos una vez por turno (cada 8 horas) y evitar que la persona recién nacida esté en decúbito ventral (boca abajo), para reducir el riesgo de muerte súbita

PROMOCIÓN DE LA SALUD MATERNA Y PERINATAL.

En todo establecimiento para la atención médica, el personal de salud debe:

Desarrollar acciones de educación para la salud orientadas a favorecer la decisión libre e informada que estimule en las madres y padres actitudes y aptitudes de autocuidado de la salud y responsabilidad compartida a favor de la salud perinatal y de la maternidad, paternidad, familias y ambientes de trabajo saludables.

Promover, impulsar y fortalecer la participación de autoridades comunitarias, municipales y de la sociedad civil organizada, para la elaboración y ejecución de acciones que disminuyan los factores de riesgos que afectan la salud materna y perinatal, incluyendo la violencia familiar y de género y los factores ambientales negativos.

En los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención localizadas en regiones indígenas, se debe promover la presencia de facilitadoras interculturales (traductoras indígenas) que apoyen en el proceso de traducción a las gestantes, respecto a los procedimientos a ser realizados, asegurando la total comprensión de los mismos, como un elemento indispensable para señalar su conformidad con la realización de éstos. Todas estas acciones deben realizarse con pertinencia cultural, en contextos donde sea requerido.



ARTÍCULO 4° DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

El varón y la mujer con iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva suficiente y de calidad. El estado garantiza, toda persona tiene derecho a la protección a la salud.

La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de Salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución.

4.2 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Como todo derecho humano, los derechos sexuales y reproductivos parten de las características fundamentales del ser humano, las cuales se relacionan con una dimensión estructural y tiene que ver con su libertad y la capacidad de decidir, de disfrutar y sentir placer, así como de vivir la sexualidad acorde a los deseos, gustos y preferencias sexuales.

En la primera conferencia internacional de derechos humanos de Teheran (1968), se señaló el derecho a la reproducción era un derecho de los padres. Posteriormente en la conferencia sobre la población en Bucarest (1974) se especificó que se trataba de un derecho de las parejas e individuos. En tanto la primera conferencia sobre la mujer, celebrada en México con motivo al año internacional de la mujer, abordaba el tema desde la perspectiva del derecho a la integridad corporal y el control de las mujeres sobre su capacidad reproductiva.

El termino derechos reproductivos al parecer fue acuñado a finales de la década de los setenta por la feminista Marge Berer pero su legitimidad social y política, inicio a



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



mediados de los ochentas con la reunión internacional de población en México ambos en 1984.

No fue sino hasta 1994 en el Cairo con la conferencia internacional sobre la población y desarrollo (CIPD), auspiciada por las naciones unidas que fueron conceptualizados los derechos reproductivos en su programa de acción.

Definición reelaborada de la originalmente hecha por el movimiento feminista que formulo en los años 70, los derechos sexuales y reproductivo de las mujeres como el derecho a estas a controlar su cuerpo, regulando su sexualidad y capacidad reproductiva, sin imposiciones, coerciones o violencia por parte de los hombres. Así como la exigencia de que estos asumen su responsabilidad por el ejercicio de su sexualidad.

También incluían sus derechos a adoptar decisiones relativas a la reproducción, coacción, ni sexos, así como la enseñanza y servicios para adolescentes, con el fin de que asuman su sexualidad de modo positivo y responsable.

En julio de 1998 se firmó en roma el estatuto de la corte penal internacional que ya ha entrado en vigor.

Allí se incorpora la figura del embarazo forzado, considerando para la paz, la seguridad y el bienestar de la humanidad. Bajo el derecho internacional humanitario, el estatuto de roma define y codifica por primera vez en el derecho internacional penal, la violación, la esclavitud sexual, la prostitución forzada y otras formas de violencia sexual como crímenes contra la humanidad y como crímenes de guerra.

El estatuto de la roma determina que la violación y otros delitos reproductivos y sexuales están al mismo nivel de los crímenes internacionales más atroces constituidos en muchos casos de torturas y genocidio.

Además reconoce por primera vez que las violaciones a la autodeterminación reproductiva de las mujeres, tanto en el embarazo forzado como la esterilización forzada constituye crímenes muy graves de acuerdo con el derecho internacional humanitario. Las diferentes conferencias y reproductivas se encuentran protegidas por la legislación



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



internacional referente a derechos humanos. Entre los principales instrumentos legales que los apoyan esta declaración universal de los derechos humanos (1948), pacto internacional de derechos civiles y políticos (1976), pacto de derechos económicos, sociales y culturales (1976), convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1981), convención sobre los derechos del niño (1990), declaración y programa de acción de la conferencia internacional de derechos humanos, Viena (1993), plataforma de acción de la conferencia mundial de la mujer, Beijing (1995).

- 1.- Derecho a decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad.
- 2.- Derecho a ejercer y disfrutar plenamente la vida sexual.
- 3.- Derecho a manifestar públicamente sus afectos.
- 4.- Derecho a decidir con quien compartir su vida y sexualidad.
- 5.- Derecho al respeto de la intimidad y a la vida privada.
- 6.- Derecho a vivir una vida libre de violencia sexual.
- 7.- Derecho a la libertad reproductiva
- 8.- Derecho a la información completa científica y laica sobre sexualidad.
- 9.- Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad.
- 10.- Derecho a vivir libre de toda discriminación
- 11.- Derecho a los servicios de salud sexual y a gozar de una buena salud reproductiva
- 12.- Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad y salud reproductiva.



CAPÍTULO V FACTORES OBSTÉTRICOS

Son unas series de intervenciones médicas y tecnológicas que se realizan durante el trabajo de parto y parto; dichas acciones son la medicalización como es el uso de oxitocina, analgesia, la realización de cesáreas no justificadas, episiotomía, tactos vaginales en forma excesiva, revisión de cavidad uterina maniobras de Kristeller, la utilización de fórceps la mayoría de los procedimientos médicos no están fundamentados en la evidencia científica, sino que se repiten y se aplican por rutina.

5.1 MANEJO ADECUADO/INADECUADO DE LOS MEDICAMENTOS PARA LA PACIENTE OBSTÉTRICA

5.1.1 OXITOCINA

Es el fármaco de elección para aumentar la intensidad y la frecuencia de las contracciones si se precisa. Su uso debe de estar justificado en caso de estimular el útero con oxitocina se debe recordar que la dosis inicial depende del grado de contractilidad existente.

5.1.1.1 DOSIS

10 UI de oxitocina en 1000 mililitros de solución salina o ringer lactato o 5 UI de oxitocina en 500 mililitros de solución salina o ringer lactato.



La concentración final que se consigue es de 10 Mu/ml.

La respuesta uterina a la infusión de oxitocina se presenta a los 3-5 minutos y se requieren 20 a 30 minutos para alcanzar una concentración plasmática estable, motivo por el cual la dosis se puede aumentar tras este intervalo. La respuesta depende mucho de la sensibilidad miometrial, por lo que se empleara la dosis mínima eficaz en la que se consiga la dinámica uterina y una progresión adecuada del parto, con un patrón de frecuencia cardiaca fetal tranquilizador. La dosis se va aumentando cada 20 minutos, la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones, así como la frecuencia cardiaca fetal deben vigilarse cuidadosamente durante la perfusión.

En caso de hiperactividad uterina y/o sufrimiento fetal se interrumpirá la perfusión inmediatamente y se administrara oxígeno a la madre.

5.1.1.2 PRECAUCIONES EN EL USO DE LA OXITOCINA

La respuesta individual de la oxitocina es variable e impredecible, la estimulación miometrial inadecuada puede causar: hipertonia hipoperfusión uteroplacentaria e hipoxia fetal.

La hipertonia uterina provocada por la administración inadecuada de oxitocina puede causar rotura uterina y otras consecuencias graves al feto.

En caso de cesárea anterior, cicatrices uterinas o malformaciones uterinas, el uso de la oxitocina deberá hacerse bajo estricta vigilancia y en caso de no contar con posibilidad de respuesta quirúrgica, derivar a la mujer a un nivel superior de asistencia.

5.1.1.3 PROPIEDADES FARMACOCINÉTICAS

La oxitocina actúa rápidamente con un periodo de latencia inferior a 1 minuto tras la inyección intravenosa y de 2 a 3 minutos tras la inyección intramuscular.

La respuesta oxitócica dura de 30 a 60 minutos después de la administración intramuscular, pudiendo ser más corta con la intravenosa.



Cuando la oxitocina se administra mediante la infusión intravenosa continua a dosis adecuadas para la inducción del parto, se inicia la respuesta uterina de forma gradual y alcanza el estado estacionario entre los 20 y 40 minutos.

Los niveles plasmáticos correspondientes de oxitocina son comparables a los determinados durante la primera la primera fase de un parto espontaneo.

La relativa facilidad con la cual la velocidad e intensidad de las contracciones uterinas pueden ser reguladas por la infusión intravenosa de oxitocina, debido a la corta semivida de esta. Los valores reportados por los investigadores oscilan entre 3 y 17 minutos, la oxitocina se elimina del plasma principalmente por vía hepática y renal.

En infusiones prolongadas de oxitocina tienen que puede asociarse a retención hídrica y edema pulmonar. Es por esta razón por la cual de asociarse a una solución salina para evitar la base bioquímica del problema la hiponatremia.

Hiperdimia:

En la uteroinhibicion intraparto, debe preferirse el uso de los agonistas beta-adrenérgicos (ritodrina, salbutamol, fenoterol y febutalina), debido a:

- a) Mayor velocidad de instalación de su efecto.
- b) Mayor potencia uteroinhibidora.

Las bases del tratamiento con betamimeticos estriban en mejorar la perfusión uteroplacentorio y la oxigenación fetal por medio de la disminución o supresión de las contracciones uterinas.

5.1.2 METILERGOMETRINA

Es una droga antiserotoninérgica, actúa sobre el SNC y estimula directamente el músculo liso. No tiene actividad bloqueante alfaadrenérgica. El efecto clínico de la ergonovina es resultante de la estimulación del músculo liso; la contracción de la pared uterina en torno de los vasos sangrantes de la placenta produce homeostasis.



La sensibilidad del útero al efecto oxitócico es mucho mayor hacia el final del embarazo. Se absorbe rápidamente y en forma completa después de la administración oral o IM.

Se metaboliza en el hígado, comienza su acción en forma inmediata cuando se administra por vía IV y en 6 a 15 minutos cuando es por vía oral. Se elimina por vía renal.

Profilaxis y tratamiento de la hemorragia posparto. Su uso no se recomienda antes de la expulsión de la placenta, ya que puede producir retención de ésta. En caso de aborto incompleto puede acelerar la expulsión del contenido uterino.

5.1.2.1 DOSIS

En la forma farmacéutica oral es suficiente un ciclo de 48h. La vía IV se recomienda para urgencias en casos de hemorragia uterina excesiva. La administración debe hacerse con lentitud en un lapso de 1 minuto. Dosis habitual para adultos: 0,2 a 0,4mg, de dos a cuatro veces por día, hasta que haya pasado el período de atonía y hemorragia uterinas. Inyectable: IM o IV, 0,2mg cada 2 a 4h, hasta 5 dosis.

5.1.2.2 REACCIONES ADVERSAS

Dado que la administración de ergonovina sólo implica pocas dosis en un período corto, no se producen muchas reacciones adversas observadas con otros alcaloides del cornezuelo de centeno. Puede producir un efecto hipertensor severo y repentino asociado con toxemia gravídica y antecedentes de hipertensión. De incidencia menos frecuente: dolor en el pecho, cefalea súbita y severa, prurito, calambres, náuseas, vómitos, confusión.

5.1.2.3 PRECAUCIONES

Es importante no usar más cantidad de medicación ni hacerlo por más tiempo del prescrito, la sobredosis implica riesgo de ergotismo y gangrena. Las dosis elevadas de ergonovina antes del parto pueden producir tetania uterina y problemas en el lactante (hipoxia, hemorragia intracraneana). Puede producir ergotismo (vómitos, diarreas, presión



arterial inestable, crisis convulsiva) en el lactante, dado que se excreta en la leche materna.

5.1.2.4 CONTRAINDICACIONES

La relación riesgo-beneficio deberá evaluarse en pacientes con enfermedad de las arterias coronarias, disfunción hepática, hipertensión severa, incluida toxemia gravídica, hipocalcemia, disfunción renal o sepsis.

5.1.3 CARBETOCINA

Acción farmacológica: agonista de oxitocina de acción prolongada. Como la oxitocina, la carbetocina se une selectivamente a receptores de oxitocina en el músculo liso del útero, estimula las contracciones rítmicas del útero, aumenta la frecuencia de contracciones

existentes, y aumenta el tono de la musculatura del útero. En el útero postparto, la carbetocina es capaz de incrementar el índice y la fuerza de las contracciones espontáneas uterinas. El inicio de la contracción uterina después de la administración de carbetocina es rápido, obteniéndose una contracción firme a los 2 minutos. La duración total de la acción de una sola inyección intravenosa de carbetocina en la actividad uterina es de alrededor de una hora, lo que sugiere que carbetocina actúa por un período suficientemente prolongado como para prevenir hemorragias postparto en el período inmediatamente posterior al mismo.

Si se lo compara con la oxitocina, carbetocina induce una respuesta uterina prolongada cuando se administra con posterioridad al parto, tanto en términos de intensidad como de frecuencia de las contracciones.

Carbetocina está indicada para la prevención de la atonía uterina y la hemorragia postparto tras el parto por cesárea bajo anestesia epidural o espinal.

5.1.3.1 DOSIS

Una única dosis administrada por vía intravenosa de 100 µg de carbetocina se administra mediante una inyección en forma de bolo, en un lapso de por lo menos un minuto, tan sólo una vez finalizado el parto por cesárea con anestesia epidural. La carbetocina puede administrarse antes o después de la expulsión de la placenta.



5.1.3.2 REACCIONES ADVERSAS

El carbetocina administrada en forma IV se asoció con frecuencia (10-40% de las pacientes) con náuseas, dolor abdominal, prurito, enrojecimiento, vómitos, sensación de calor moderado, hipotensión, cefaleas y temblores.

Las reacciones adversas poco frecuentes (1-5% de las pacientes) incluyen dolor de espalda, mareos, gusto metálico, anemia, transpiración, dolor pectoral, disnea, escalofríos, taquicardia y ansiedad.

5.1.3.3 PRECAUCIONES

Carbetocina está destinada para su uso únicamente en unidades de obstetricia especializadas bien equipadas con personal con experiencia y cualificados, que estén

disponibles en todo momento. No se debe utilizar carbetocina en cualquier fase anterior a la extracción del niño ya que su actividad uterotónica persiste durante varias horas después de una inyección única en bolo.

Se deberá determinar la causa en el caso de sangrado uterino persistente tras la administración de carbetocina. Se deben tener en cuenta causas como fragmentos de placenta retenidos, vaciamiento inadecuado o reparación del útero, o problemas en la coagulación. Carbetocina se debe administrar en dosis única.

En caso de hipotonía o atonía uterina persistente y el consecuente sangrado excesivo, se deberá considerar la terapia adicional con oxitocina y/o ergometrina. No hay datos de dosis adicionales de carbetocina o del uso de carbetocina tras la atonía uterina persistente después de la administración de oxitocina.

5.1.3.4 CONTRAINDICACION

Durante el embarazo y parto antes de la extracción del niño. Carbetocina no deberá usarse para la inducción del parto. Hipersensibilidad a la carbetocina, oxitocina o a cualquiera de los excipientes. Insuficiencia hepática o renal. Casos de preeclampsia y eclampsia. Trastornos cardiovasculares graves. Epilepsia.

5.1.4 SULFATO DE MAGNESIO



Prevención y control de estados convulsivos (eclampsia, glomerulonefritis, hipoparatiroidismo), hipomagnesia severa, tétano uterino, especialmente después de altas dosis de oxitocina, nefritis aguda en niños, para el control de la hipertensión, encefalopatía y convulsiones.

El magnesio, catión principalmente intracelular, disminuye la excitabilidad neuronal y la transmisión neuromuscular. Interviene en numerosas reacciones enzimáticas. Es un elemento constitutivo; la mitad del magnesio del organismo se encuentra en los huesos.

5.1.4.1 DOSIS

- Tratamiento de la hipopotasemia aguda asociada a una hipomagnesemia: infus. IV de 24-32 mmol de catión Mg/día (6-8 g/día de sulfato de Mg).

- Aportes de magnesio durante el reequilibrio electrolítico y la nutrición parenteral: infusión IV de 6-8 mmol/día de catión Mg (1,5 g-2 g/día de sulfato de Mg).

- Tratamiento preventivo y curativo de la crisis de eclampsia: infus. IV de 16 mmol de catión Mg (4 g de sulfato de Mg) durante 20-30 min; si persiste, administrar otra infusión de 16 mmol.

Dosis máxima acumulada: 32 mmol de catión Mg durante la 1^{era} hora (8 g de sulfato de Mg). Después, infusión continua de 8-12 mmol de catión Mg/h (2-3 g/h de sulfato de Mg) durante las 24 h posteriores a la última crisis. Niños: 0,1-0,3 mmol/kg de catión Mg/día (25-75 mg/kg/día de sulfato de Mg).

5.1.4.2 CONTRAINDICACIONES

Administrarse con precaución a pacientes con bloqueo cardiaco o deteriorado del miocardio puede aumentar los efectos de agentes bloqueadores neuromusculares.

Hipersensibilidad; I.R. grave ($\text{Clcr} < 30 \text{ ml/min}$); no se recomienda en asociación con derivados de la quinidina; taquicardia; insuf. Cardiaca; lesión miocárdica; infarto.

5.1.4.3 PRECAUCIONES



Administrar a velocidad máx. 150 mg/min de sulfato de Mg (0,6 mmol/min de catión de Mg); controlar función renal, tensión arterial y magnesemia; reducir posología en I.R. leve-moderada; no administrar con sales de Ca; utilizar en situaciones de emergencia (no deficiencia de Mg leve-moderada) y suspender el tto. si aparece hipotensión, bradicardia, concentraciones séricas > 2,5 nmol/L o si desaparece el reflejo rotuliano (reflejo tendinoso profundo); miastenia gravis o síndrome de Eaton- Lambert.

5.1.4.4 EFECTOS ADVERSOS

Pérdida de reflejos; hipotensión, rubor; sensación de calor, hipotermia y dolor en el punto de inyección; depresión respiratoria debido al bloqueo neuromuscular.

Usualmente los resultados con la intoxicación de magnesio son: ausencia de reflejos en las rodillas, paro cardiaco, colapso circulatorio, depresión del sistema nervioso central, bloqueo completo de corazón, parálisis facial, hipocalcemia con sistemas de tétano, hipotensión, hipotermia, depresión respiratoria, parálisis, estupor y sudoración.

5.2 INDICACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA

Incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del periodo expulsivo del trabajo de parto en si este procedimiento se realiza con tijeras o bisturí y debe repararse por medio de una sutura.

Episiotomía complicada: es la presencia de complicaciones de una episiotomía, siendo las más frecuentes hemorragias, desgarros, hematoma, edema, infección y dehiscencia.

FACTORES DE RIESGO:

- Episiotomía rutinaria.
- Nuliparidad.
- Inducción de trabajo de parto.



-Trauma perianal.

- Periodo expulsivo prolongado
- Distocia de hombros
- Parto instrumentado (fórceps).
- Feto mayor a 4000 gramos.
- Variedad de posición occipito posterior persistente.

-Episiotomía media

-Trabajo de parto prolongado.

-Exploraciones vaginales múltiples (más de 5)

-Desgarros cervicales de vagina y perineales.

El uso restrictivo o selectivo de la episiotomía es recomendable para disminuir el traumatismo perineal posterior y complicaciones en la cicatrización en un lapso de 7 días.

Cuando la episiotomía está indicada, la técnica medio lateral es recomendable ya que se encuentra menos relacionada a desgarros del esfínter anal y rectal sugiriendo que el corte de la episiotomía desde en un ángulo de 450 a 600 respecto a la línea media para evitar lesión del esfínter.

El trauma es una causa de hemorragia obstétrica, por lo cual debe verificarse la presencia de sangrado por desgarros en forma oportuna para ofrecer una hemostasia y reparación.

CRITERIOS DE LA EPISIOTOMÍA.

La indicación precisa para la realización de la episiotomía es prevenir el riesgo de desgarro perineal y les de polémica los beneficios sobre los trastornos de la estética pélvica, facilitando abreviar la expulsión fetal y maniobras obstétricas.

Se describen dos tipos de indicaciones:

- Necesarias
- Profilácticas



Depende fundamentalmente de la textura de la conformación del periné, de las características fetales, posición fetal y variedades, presentación y presencia o no de partos precipitados o abruptos.

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

Las complicaciones inmediatas de una episiotomía más frecuentes son:

- Desgarros.
- Hematoma.
- Edema.
- Infección.
- Dehiscencia.

Las complicaciones tardías son:

- Dolor perineal con o sin vida sexual (dispereunia)
- Procesos adherenciales.
- Endometriosis sobre cicatriz de episiotomía.
- Quiste de glándula de Bartholin por sección del conductor excretor.
- Fístulas recto vaginales.

Son datos de sospecha de infección de episiotomía la presencia de:

- Dolor en sitio de episiotomía.
- Secreción purulenta.
- Edema.
- Fiebre.

5.3 USO ADECUADO/INADECUADO DE LOS FORCEPS

El fórceps obstétrico es un instrumento diseñado para ayudar a que nazca la cabeza del feto, Solo se utiliza para acelerar el parto o para corregir anomalías en la relación



cabeza del producto y la pelvis materna, y que interfieran en el descenso de la cabeza de producto.

Su uso actual se restringe para anomalías del periodo expulsivo como son la denominada Inercia Uterina, prolongación del periodo expulsivo, anomalías en la rotación de la cabeza del producto. Es de elección cuando se desea acortar el periodo expulsivo debido a que la madre tenga alguna patología asociada como sería cardiopatía, aneurismas, patología oftálmica, trastornos hipertensivos controlados, etc.

Dentro del curso de la atención del parto vaginal es posible que se presenten complicaciones que han sido denominadas distocias, las cuales son determinadas por anomalías en el mecanismo de trabajo de parto, sus fases fisiológicas o periodos. Cuando estas se presentan en el periodo expulsivo se deberá utilizar en la mayoría de los casos el instrumento denominado fórceps. Este es un instrumento que resuelven en la mayoría de los casos la situación si se cumplen con ciertos requisitos, además que por el instrumento puede generar un daño en la calota craneal que ya ha sido calculado.

El Fórceps goza de mala reputación asociado a veces a los malos resultados obtenidos como son daño neonatal o materno o lesiones físicas en ambos, sin embargo la mayoría de las veces cuando se presentaron estas complicaciones maternas o fetales la valoración del caso fue inadecuada y el fórceps no estaba indicado. En la actualidad su uso se ha restringido, por lo que una buena indicación debe obtener un buen resultado.

De las múltiples funciones que históricamente se le han dado al Fórceps solo hoy se permite clasificarlos en su uso actual en:

- Tractores, Ej.-Simpson
- Rotadores Ej.- Kielland
- Mixtos, Ej.-Salinas

Por sus aplicaciones, en relación al nivel de los planos de Hodge de la pelvis en que se aplican y el diámetro biparietal, únicamente hoy en la obstetricia moderna se reconocen que deberá aplicarse el:



- Fórceps bajo.- Que es cuando el diámetro biparietal de la cabeza fetal se encuentra en el piso pélvico o a nivel de la 4to. Plano de Hodge
- Fórceps medio-bajo.- Cuando el producto se encuentra encajado, pero el diámetro biparietal se encuentra en el 3er. plano de Hodge.
- Los demás tipos por su altura según los planos de Hodge como el alto o libre están preinscritos hoy en día.

5.3.1 CUADRO CLÍNICO

Aquí se incluirían las indicaciones del uso médico de Fórceps en obstetricia en forma estricta hablaríamos de anomalías en la fase expulsiva o segundo periodo del trabajo de parto, concretamente en la falla de rotación y expulsión de la cabeza fetal. Cuando los tiempos fijados para cada uno de estas fases o proceso de dilatación-descenso-rotación interna-expulsión no se cumplen.

- Periodos expulsivos prolongados.
- Falta de rotación del producto. Ej.-Posiciones Transversas persistentes, Occípito-Sacra.
- Parto pélvico para evitar o resolver la retención última de cabeza.
- Falta de cooperación Materna por cansancio o analgesia excesiva.

5.3.2 REQUISITOS PARA SU USO.

Se requiere que se lleve a cabo una adecuada vigilancia del trabajo de parto y un buen registro de los eventos encontrados durante el mismo en la hoja de Control y Vigilancia del Parto. Información que conlleve a un diagnóstico de Distocia de Partes blandas o indicación médica de su uso. Como es falta de progresión del trabajo de parto o anomalía en el proceso de expulsión.

Los requisitos para su uso son:



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



1. Que exista una indicación materna o fetal para su uso (los de enseñanza no están indicados).
2. Que exista la Presencia de anormalidad en el trabajo de parto.- Ej.- Distocia, etc.
3. Identificación del tipo de pelvis de la paciente
4. No exista desproporción céfalo pélvica.
5. Producto encajado
6. Conocer la altura de la presentación
7. Conocer la posición
8. Conocer la variedad de posición
9. Grado de asinclitismo
10. Exista una dilatación cervical completa.
11. Membranas amnióticas rotas.
12. Vejiga y ámpula rectal vacías.
13. Analgesia adecuada
14. Que el cirujano conozca el manejo del instrumento y la técnica de aplicación.
15. Acceso venoso adecuado.

5.3.3 COMPLICACIONES

Las complicaciones, cuando su uso no está indicado, son diversas y van de las mínimas hasta lesiones severas, como ejemplo tendremos:

Fetales: Fracturas de la calota craneal, Parálisis facial transitoria Daño neurológico severo crónico

Maternas: Choque hipovolémico, ruptura uterina que amerite histerectomía obstétrica, laceraciones al canal del parto, prolongación de la episiorrafia, trauma obstétrico, insuficiencia del esfínter anal.



5.3.4 PRONOSTICO

El pronóstico es bueno cuando el procedimiento cumple con los requisitos indicados para su aplicación, y existe un Gineco obstetra con conocimientos en el tema.

La detección o previsión de posibles distocias mejora el pronóstico de las pacientes embarazadas.

5.4 TACTO VAGINAL

Es un examen común, que muchos ginecólogos realizan a sus pacientes embarazadas para conocer cuál es la posición del producto, si la mujer embarazada ya está en trabajo de parto, el medico introduce su dedos índice y medio con guante estéril en la vagina de la gestante para examinar las estructuras pélvicas mediante las paredes de la vagina.

Es un procedimiento que se utiliza con mucha frecuencia durante la asistencia a la mujer gestante tanto en el periodo del trabajo de parto como durante su embarazo. Frecuencia de tacto vaginal.

Antes de practicar un tacto vaginal se debe explicar la razón por la que se practica confirmar que es realmente necesario y que la información que se proporcione sea relevante en la toma de decisiones, explicarle a la embarazada que es una exploración molesta e invasiva pero necesaria garantizar la privacidad, dignidad y comodidad de la mujer.

El propósito del tacto vaginal es comprobar su evolución, pero muchas veces la embarazada es sometida a revisiones frecuentes sin explicarle anticipadamente sobre el procedimiento que se le realizara. Y esto puede ocasionar edema bulbar o infección si tiene ruptura de membranas.

5.5 MANIOBRAS DE KRISTELLER

Samuel Kristeller definió esta maniobra como la realización de una presión del fondo uterino para favorecer la salida del feto en el período expulsivo. Esta maniobra se sigue utilizando en la actualidad. La presencia de complicaciones es enorme, tanto para la madre como para feto con la realización de este tipo de maniobra. Los principales



problemas en la parte materna pueden ser: aumento del riesgo de desgarros de tercer y cuarto grado de desgarro cervical, inversión uterina, rotura del útero, prolapso uterino, desprendimiento prematuro de placenta, fracturas de la parrilla costal, hipotensión por la presión sobre la vena cava, dolor y malestar materno. Las complicaciones que se pueden presentar en el feto son: fractura de húmero y clavícula, incremento de la presión intracraneal, cefalo hematoma, hemorragias intracraneales, hipoxia fetal, aumento en la transfusión de sangre entre la madre y el feto.

CAPITULO VI EVIDENCIAS

6.1 EJEMPLOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Recientemente, dos casos de mujeres que tuvieron su parto en condiciones inapropiadas en Centros de Salud de los servicios estatales de Salud llamaron la atención de los medios masivos de comunicación. Se trata de Irma López Aurelio, mujer mazateca que dio a luz en el jardín del Centro de Salud de San Felipe Jalapa de Díaz, en Oaxaca y de María del Carmen Ocegüera, que parió en el área de recepción del Hospital de la Mujer de Tehuacán, Puebla. Independientemente de lo que concluyan las investigaciones pertinentes, estos casos ponen a la vista un viejo problema que, en todo caso, gracias a

las tecnologías modernas, se ha hecho más visible recientemente: la violencia obstétrica y la violación de derechos de las mujeres en los servicios de salud.

El mayor número de quejas por mala práctica médica que reporta la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en los años de 2000 al 2012 corresponden al área de ginecobstetricia (2,877 quejas concluidas). De nueva cuenta: independientemente de la resolución final adoptada para cada uno de estos casos, los números son indicativos de que estamos frente a un frecuente problema de violación de derechos de salud y de salud reproductiva de las usuarias, en el espacio de los servicios de salud.

El funcionamiento de los hospitales y de los servicios de salud en general está pensado bajo una lógica médico-administrativa altamente racionalizante. Por ello, desde el ingreso a la institución de una mujer a punto de parir, o de una mujer que busca acceso a métodos de anticoncepción, se realizan una serie de prácticas tendientes a garantizar la funcionalidad institucional. Dichas rutinas, sin embargo, no siempre son percibidas por las mujeres como prácticas concordantes con la intensidad del evento, con los procesos



emocionales que están viviendo tanto ellas como las personas que las acompañan, y sobre todo con las necesidades de atención y seguridad que requieren.

Con frecuencia, la atención que ahí transcurre es vivida en términos despersonalizantes y la posibilidad de reclamar los propios derechos reproductivos (i.e. trato de ciudadana, y no de subordinada) se ve reducida al mínimo o eliminada.

Al mismo tiempo, la intensidad de las emociones y la dificultad para enfrentarlas, junto a la carga de trabajo y las presiones con las que normalmente hacen su trabajo, ponen al personal de salud en una situación complicada y lo orilla a establecer rutinas tendientes a poner bajo control su proceso de trabajo. Se trata entonces de dos lógicas-prácticas diferentes: la de las mujeres en proceso de parto, o que buscan servicios de salud reproductiva y la de los prestadores de servicios de salud.

Cada una de ellas se expresa en prácticas específicas que, cuando no coinciden entre sí, contribuyen a reproducir las condiciones que permiten la existencia de un problema de mayor envergadura: la “mala calidad” de la atención que reciben las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, o la franca violación de los derechos de las mujeres

(violación de derechos que, ciertamente, puede estar vinculada de origen a la deficiencia en las competencias técnicas y a omisiones o errores de juicio médico, pero que sin duda es mucho más que sólo eso).

6.2 CASO 1 DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.

El más pequeño de sus hijos se había quedado muy angustiado porque ella tuvo que irse al hospital. No sabía cuánto tiempo pasaría para verla de nuevo, tampoco todo lo que su mamá tendría que esperar para recibir atención médica. Rosa María, de 42 años, cursaba un embarazo de alto riesgo a causa de un mioma en la matriz. Cuando acudió a su cita de control en San Juan Chamula, el médico le informó que ya no se escuchaba el latido fetal. Éste era su cuarto embarazo, tenía 15 semanas de gestación y no supo en qué momento el bebé dejó de tener vida. El médico le recomendó acudir al Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas, pero cuando solicitó atención ahí le dijeron que estaban saturados, que fuera a la Clínica de Campo, perteneciente al IMSS. Su esposo la llevó y



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



en ese otro lugar tampoco recibió la atención que requería. A pesar de que confirmaron la muerte fetal con un ultrasonido, el personal médico de la Clínica de Campo le negó la atención argumentando que no contaban con ginecólogo: “Vayan al Hospital de la Mujer, allá tienen la obligación de atenderla y si se muere será culpa de ellos”. Y con la negligencia de un “no hay problema, el único riesgo es que tenga una infección”, el personal de salud evadió la responsabilidad que tiene frente a toda emergencia obstétrica. Rosa María y su esposo regresaron a su casa. No tuvieron otra opción. Más tarde, ella empezó con dolor en la parte baja del vientre.

Habían pasado más de seis horas desde que se le negó la atención cuando gracias a la intervención de unos amigos logró ser tomada en cuenta en medio de la saturación. En urgencias del Hospital de la Mujer le dieron un pase para que a la mañana siguiente le hicieran un ultrasonido y varios exámenes de laboratorio.

Una vez más, Rosa María, en estado de shock y extenuada, tuvo que irse a su casa sin recibir atención médica. Según los doctores, no había de qué preocuparse mientras no presentara hemorragia. A las 7:30 am ya estaba en el hospital y a las 9 le hicieron el ultrasonido para confirmar —otra vez— que no había latido fetal.

Después de eso le realizaron los exámenes de laboratorio. Luego tuvo que esperar un par de horas para tener todos los “papeles” listos y poder solicitar el ingreso en urgencias. Más que el progresivo dolor en el vientre, a Rosa María le preocupaba mucho no estar con sus hijos. Constantemente pensaba en su niño de 8 años, en su angustia. Esperaba sentada en una esquina, quieta. Se veía desmejorada pero jamás se quejó. Apenas si se animó a decir, en voz baja, que tenía frío. Quienes estábamos cerca de ella sabíamos que empezaba con fiebre y que eso era una señal de infección.

A medio día le entregaron todo y se dirigió a urgencias creyendo que por fin la atenderían, sin embargo la espera continuaría porque aunque fue ingresada pasaron 4 horas para que la intervinieran. Jeremías, su esposo, no supo nada de ella durante más de 8 horas. Nadie le informó qué procedimiento le harían, en qué momento y cómo se encontraba. El silencio y la preocupación fueron su única certeza. Para fortuna de Rosa María, una enfermera facilitó todo el proceso, aunque se encontraba en su día de descanso siempre se mantuvo cerca y al pendiente de la situación, y gracias a ella Jeremías pudo saber lo



que pasaba “allá adentro”. Cuando esta enfermera salió para decir que Rosa María ya había sido intervenida y que se encontraba bien, a Jeremías se le iluminó el rostro: “Tu esposa está en recuperación y te manda un beso”. Él respiró profundamente y soltó una carcajada.

CASO 2 DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

“Eres muy chiquita y por lo tanto candidata a cesárea”, le dijeron a Mildred en sus citas de control del embarazo. Estaba por cumplir 20 años y sabía perfectamente todo lo que le harían en el hospital cuando llegara la hora de parir: estaría acostada, canalizada y tendría que aguantar una episiotomía.

En el Hospital General de Comitán no había camas. Todas las mujeres en trabajo de parto estaban sentadas. Al ingresar, le dijeron a Mildred que el latido fetal estaba bajo y que de seguir así la “meterían” a una cesárea. Siempre estuvo en una camilla de traslado y fue afortunada porque se hallaba cerca de una pared. Otras mujeres podrían caer al piso en medio de las contracciones. Le pusieron oxitocina en dosis exageradas sin informarle lo que pasaría con ese procedimiento. Comenzó a tener un dolor intenso: “sentí que me estaba rompiendo”.

Sabía que ese dolor no era normal y para las enfermeras e internos era una mujer exagerada. Se burlaban de ella, de sus quejidos. Después de un tacto tras otro, el personal médico dijo que ya estaba completa, que empezara a pujar. Pero nadie le dio clases ni le dijo que había pujos mal y bien hechos, sólo le insistían en que debía hacerlo bien.

Ella se esforzaba y entre las galletas y la música de los doctores sólo deseaba parir en paz. Como no lo estaba haciendo bien, los médicos decidieron “ayudarle” con una episiotomía. Aunque ella pidió que no se la hicieran, la ignoraron: “Adentro no puedes negociar absolutamente nada. Que te volteen a ver es ganancia”. Cuando nació su hija creyó que todo había terminado, sin embargo faltaba lo peor.

De la oxitocina pasó al arranque de la placenta y luego a la limpieza: “Me empezaron a jalar, a darme masaje uterino. El dolor de la limpieza es el más horrible que he sentido en mi vida. Sientes que te están raspando. Es agresivo, fuerte y rápido. No te dan chance de



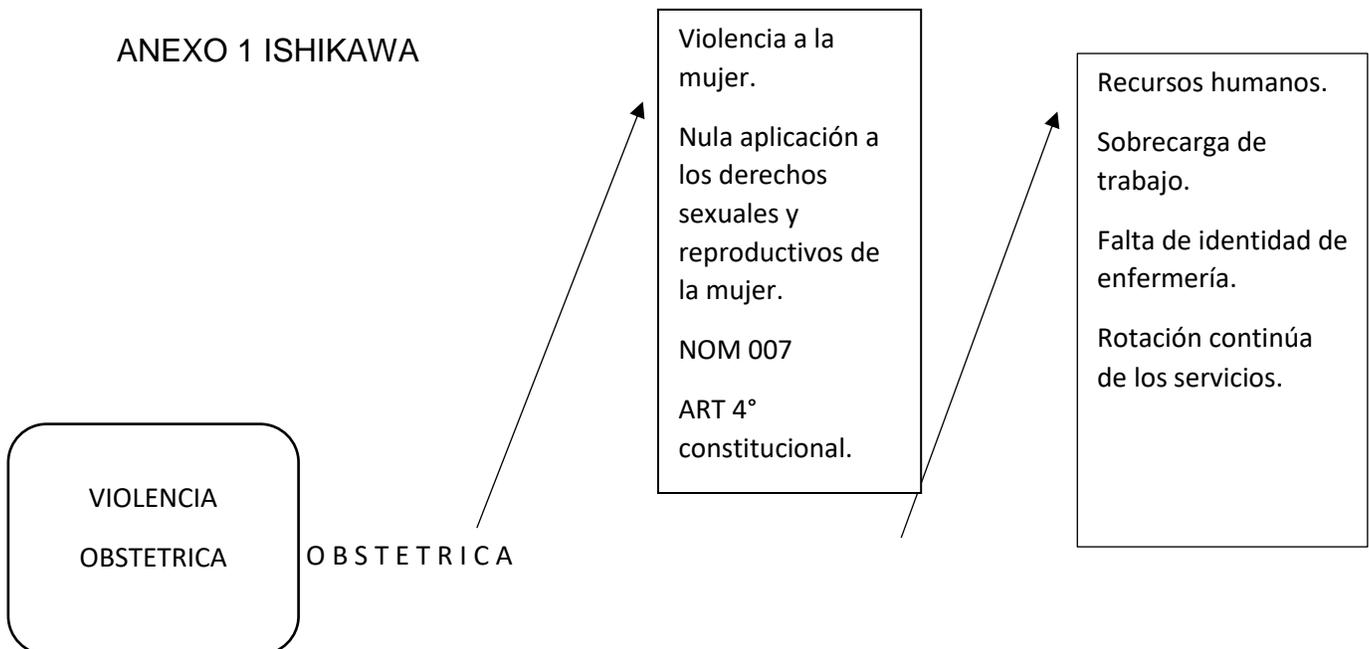
regresar del parto”. Cuando la trasladaron del área de labor a piso no paraba de llorar, no entendía qué había sido todo eso. Se lamentaba por haberle dado la bienvenida a su hija en estado de shock. Sólo quería que alguien la acompañara y le tomara la mano, pero desde que ingresó al hospital perdió todo contacto con su familia.

No veía la hora de que acabara todo y poder salir de ahí. Sin embargo, antes debía tomar un método anticonceptivo y sólo había DIU. “Estás tan dolorida e hinchada que lo último que quieres es que te toquen”. Con tal de salir aceptó que se lo pusieran, contra su voluntad pero firmando. Su prioridad era estar fuera y con su hija.

Para Mildred la imposición de un método anticonceptivo fue algo muy violento: “¿Cuál es la necesidad de hurgar en el cuerpo de una mujer?”. Cuando salió del Hospital General de Comitán se sintió libre y convencida de que si tiene otro hijo jamás volverá a un hospital. Mildred está consciente de que lo que vivió se llama violencia obstétrica, pero en aquel entonces ni siquiera sabía que podía reclamar: “Debí informarme, eso hubiera cambiado la situación”. Hoy trabaja a favor de que las mujeres sean escuchadas, atendidas sin ser lastimadas y trata de impedir que se vuelvan propiedad del hospital

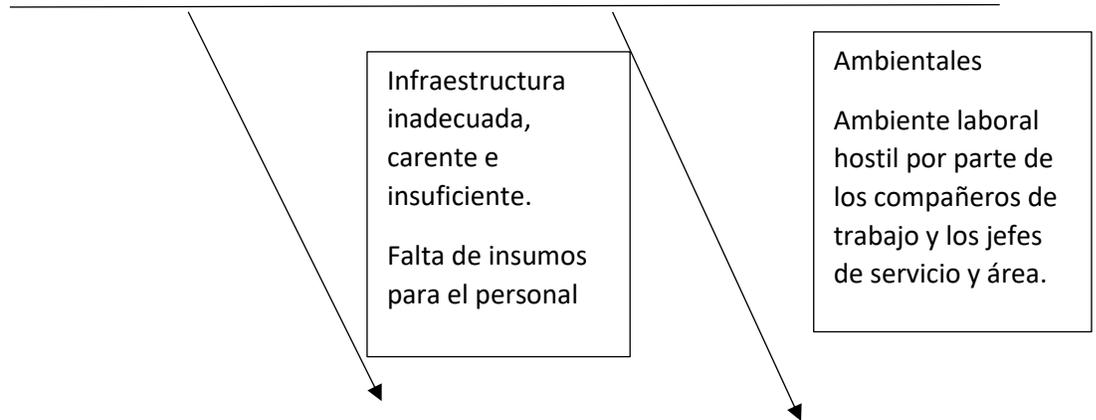
CAPITULO VII ANEXOS

ANEXO 1 ISHIKAWA





ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



ANEXO 2 MATRIZ FODA

DEBILIDADES.

Falta de seguimiento de los protocolos establecidos para la atención de la paciente obstétrica.

Falta de aplicación de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

Pocas oportunidades para el personal de enfermería para su desarrollo profesional.

Ambiente hostil por parte del personal de enfermería y sobre carga de trabajo.

OPORTUNIDADES

Orientar al personal de enfermería sobre la prevención de violencia obstétrica.

Crear conciencia sobre las consecuencias y las sanciones que trae realizar violencia en la paciente embarazada.

Motivar al personal para su crecimiento profesional y un mayor desarrollo de la habilidades.

Capacitación continúa para tener un personal más capacitado y disminuir las quejas por la mala atención



FORTALEZAS

El personal de enfermería cuenta con la formación académica para atender oportunamente y brindar atención de calidad.

Mayor satisfacción de la atención por parte de las pacientes atendidas.

Personal de enfermería más capacitado para enfrentar diversas situaciones en su práctica diaria.

Poder empoderar a la mujer embarazada y sobre todo apoyarla durante la atención de urgencias, el trabajo de parto y su

AMENAZAS

Renuencia del personal de enfermería al cambio y a la actualización continua.

Negación a discontinuar las prácticas rutinarias en la embarazada y realizarlas en mayor parte sin un consentimiento informado y expresado.

Mayor número de quejas sobre la atención de la mujer embarazada por el personal de enfermería.

Mala imagen sobre la institución que brinda la mala atención no solo de enfermería si no también del personal multidisciplinario.

ANEXO 3 CARTEL



Escuela de Enfermería del Hospital de Jesús
 Incorporada a la Universidad Autónoma de México
 Clave 3295-12

"Prevención de violencia obstétrica"

¿Qué es la violencia obstétrica?
 Es toda conducta, acción u omisión, realizada por el personal de salud que afecta el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado.

La OMS recomienda:

- Investigaciones y acciones sobre el maltrato
- Programas diseñados en la atención respetuosa y de calidad.
- Realizar el derecho a una atención digna y respetuosa.
- Mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas.

Las leyes regionales, el artículo 4º constitucional, la NOM oficial 007, así como los derechos sexuales y reproductivos protegen a la mujer y nos orienta sobre la correcta atención de la paciente obstétrica.

QUE NO DEBO HACER

- Uso y manejo inadecuado de la oxitocina.
- La realización de cesáreas no justificadas.
- Realización de episiotomía.
- Tactos vaginales en forma excesiva.
- Revisión de cavidad uterina.
- Maniobra de Kristeller.
- La utilización de fórceps.

En cuatro estados de la república esta penalizada la violencia obstétrica:

- Chiapas
- Durango
- Guanajuato
- Veracruz








ANEXO 4 TRÍPTICO

En México solo 4 estados de la república mexicana se sanciona y se define a la violencia obstétrica, Chiapas, Durango, Veracruz y Guanajuato cuentan con sus propias leyes que protegen la integridad de la paciente.

Comete este delito el personal de salud que:

I. No atienda o brinde atención oportuna eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en urgencias obstétricas.

II. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

III. No obstante de existir condiciones para el parto natural, se practique por vía cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

IV. Accese o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad.

V. Sin causa médica justificada, obetaculice el apego al niño o la niña con su madre, mediante la negación a esta de cargarle o de amamentarle inmediatamente después de nacer, y

VI. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.

A quien realice las conductas señaladas en las fracciones I, II, III y IV se le impondrá de tres a seis años de prisión y multa de hasta trescientos días de salario; y quien incurra en los supuestos descritos en las fracciones IV y V, será sancionado con prisión de seis meses a tres años y multa de hasta doscientos días de salario.

La OMS nos ofrece las siguientes recomendaciones para prevenir y erradicar el maltrato a las pacientes obstétricas:

- Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con los investigaciones y acciones sobre el maltrato y falta de respeto.
- Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad.
- Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto.
- Es necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso
- Involucrar a las partes interesadas incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las practicas ofensivas e irrespetuosas



ESCUELA DE ENFERMERÍA
 DEL HOSPITAL DE JESÚS
 INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD
 AUTÓNOMA DE MÉXICO
 CLAVE 3295-12



Prevenición de
 violencia
 obstétrica

Dirigido al personal de enfermería



GLOSARIO

Asisclitismo: La sutura sagital del feto frecuentemente se encuentra desviada hacia el promontorio o hacia la sínfisis púbica.

Calota: Parte superior de la bóveda craneal.

Coercitivo: Que sirve para forzar la voluntad o la conducta de alguien. Represivo, inhibitorio.

Conducción: Estimulación de las contracciones uterinas cuando las contracciones espontáneas han fallado en lograr una dilatación cervical progresiva y/o descenso del feto

Continuum: nos explica, entre otras cosas, que el ser humano tiende, de manera innata, a hacer aquello que cree que los demás esperan de él.

Distocia: Dificultad en el parto. Incluye problemas de tipo dinámico o mecánico, tanto los causados por parte materna como por el feto.

Eclampsia: La eclampsia es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, el parto o en las primeras horas del puerperio sin tener relación con afecciones neurológicas.

Es el estado más grave de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Eclampsia significa relámpago.

Epigastralgia: Se define la epigastralgia como dolor en epigastrio, siendo ésta la región situada en la parte anterior, superior y central del abdomen.

Episiorrafia: es la intervención que consiste en la sutura de la herida quirúrgica llamada episiotomía que se realiza durante el parto. Se lleva a cabo suturando las caras internas de los labios mayores

Episiotomía: Incisión que se practica en el periné de la mujer, partiendo de la comisura posterior de la vulva hacia el ano, con el fin de evitar un desgarro de los tejidos durante el parto y facilitar la expulsión de la criatura.



Ergotismo: es una enfermedad causada por la ingesta de alimentos contaminados por micotoxinas (toxinas producidas por hongos parásitos), o por abuso de medicamentos que contengan esta misma sustancia.

Eutócico: Un parto eutócico es aquel que transcurre de manera normal sin necesidad de intervención médica, es decir, natural y por vía vaginal.

Hiponatremia: es el trastorno hidroelectrolítico definido como una concentración de sodio en sangre por debajo de 135 mEq/L

Hipopotasemia: también conocida como hipokalemia o hipocalemia, es un trastorno en el equilibrio hidroelectrolítico del cuerpo, el cual se caracteriza por un descenso en los niveles del ion potasio (K) en el plasma, con niveles por debajo de 3.5 mmol/L.1

Inducción: Estimulación de las contracciones uterinas antes del inicio espontáneo del trabajo de parto para lograr el nacimiento de la unidad feto placentaria.

Obstetricia: Parte de la medicina que se ocupa del embarazo, el parto y el período del puerperio.

Patologización: El tratamiento de una condición de salud o comportamiento como si se tratara de una condición médica

Preeclampsia: La preeclampsia es una complicación médica del embarazo, y se asocia a hipertensión inducida durante el embarazo y está asociada a elevados niveles de proteína en la orina (proteinuria).

Pretermino : es definido médicamente como el parto ocurrido antes de 37 semanas de gestación, en oposición a la mayoría de los embarazos que duran más de 37 semanas,

Posttermino: es aquel que se extiende más allá de las 42 semanas de amenorrea.

Resarcimiento: es la acción y efecto de resarcir. Este verbo, con origen en un vocablo latino y hace referencia a reparar, compensar o indemnizar un daño o perjuicio. El resarcimiento, por lo tanto, es una reparación, compensación o indemnización.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



Soslayar: Evitar una cosa que implica una dificultad o que causa molestia, especialmente una pregunta o un asunto.

Tetania uterina: trastorno provocado por contracciones uterinas extremadamente prolongadas.

Tipificar: definir una acción u omisión concretas, a las que se le asigna una pena o sanción.

Uterotonicos: Se definen como los fármacos que producen una contracción uterina. Se pueden administrar de forma profiláctica o terapéutica.

Violencia: Uso de la fuerza para conseguir un fin, especialmente para dominar a alguien o imponer algo.



CONCLUSIÓN

Al realizar este protocolo de investigación se define en que consiste la violencia obstétrica así como sus diferentes modalidades, también se identificaron cuáles eran los factores que propician una mala atención del personal de enfermería. Se establecieron una serie de objetivos a cumplir durante el proceso de investigación, se planteó una hipótesis con el fin de buscar una mejora a largo plazo.

Durante la investigación se encontró que no solo es un problema a nivel nacional, sino también a nivel internacional, sin embargo no hay cifras específicas sobre casos presentados en diversas instituciones ya que las pacientes no denuncia la deficiente atención que se le brinda así como el maltrato que recibe por parte del personal.

También encontramos que en México la violencia obstétrica es una práctica continua y en cuatro estados de la república en sus leyes locales están sancionadas dichas acciones en contra de la mujer embarazada, están detallan concretamente en que consiste los delitos y a que sanción son acreedores.

Se detalló como con el paso de los años se ha buscado proteger a la mujer de las diferentes modalidades de violencia mediante diversos congresos y convenciones donde su principal propósito es emponderar a la mujer.

Considero que es importante como personal de salud conocer los procedimientos que están prohibidos, los cuales los vemos como rutinarios, sin embargo no vemos como repercuten en la paciente y en su percepción de la institución donde es atendida.

Uno de los principales objetivos es crear una propuesta de mejora para la capacitación del personal de enfermería sobre la relevancia de esta problemática, se pretende crear conciencia sobre la repercusión que puede tener si continua con una mala práctica en la atención.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



En particular considero que fue un trabajo arduo y productivo porque amplíé el conocimiento sobre el tema debido a que siempre fue interesante para mí esto porque siempre escuchaba comentarios de familiares y conocidos sobre la mala atención recibida durante su embarazo, la atención del parto y la recuperación. Por lo cual considere que era muy preocupante que no haya un parámetro de medición sobre los casos y también que la paciente y el personal lo ve como una práctica normal, rutinaria y que es parte de su atención que va a recibir.



BIBLIOHEMEROGRAFÍA

- CASTRO, A. (2014). *Violencia obstetrica, estudio de caso en Altotonga Veracruz*. Veracruz, México.
- CASTRO, r. (2014). 25 años de violencia obstetrica en México . *CONAMED*, 6.
- Chiapas, G. d. (23 de Marzo de 2009). *Ley de acceso a una vida de violencia para las mujeres en el estado de chiapas. Artículo 6*. Chiapas, México.
- COBO, C. (JUNIO de 2016). *La violencia obstétrica*. Cantabria, España.
- Durango, G. d. (18 de Marzo de 2017). *Ley de las mujeres para una vida sin violencia. Artículo 6*. Durango.
- General, C. d. (2009). *cenetec*. Obtenido de www.cenetec.salud.gob.mx/...Episiotomia/GPC_206-09_EPISIOTOMIAEVR.pdf
- Guanajuato, G. d. (16 de Diciembre de 2014). *Ley de acceso de una vida libre de violencia para el estado de guanajuato . articulo 5*. Guanajuato, México.
- MASSARI, B. (Diciembre de 2014). *identificar el cumplimiento del parto respetado por el equipo de salud, 3-55*. Cordova, Argentina.
- QUEVEDO, P. (2012). *Violencia obstetrica una manifestacion oculta a la desigualdad de genero*. Provincia de mendoza, Argentina.
- Salud, S. d. (17 de Febrero de 2016). *Diario oficial de la federación*. Obtenido de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
- SOTO, L. (2016). *Violencia obstétrica. aspectos médico-legales en la practica de anestesia, 6*.
- VAZQUEZ, J. (2017). *Manual básico de obstetricia y ginecología*. Madrid: Instituto Nacional de Gestion Sanitaria.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



Veracruz, g. d. (02 de Abril de 2010). codigo penal para el estado de veracruz. *articulo 363 violencia obstétrica*. veracruz, veracruz, México.