



**CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA ESTUDIOS
INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MÉXICO**
CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 DE FECHA 28-06-
2011

LIC. ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**ANALIZAR LA ATENCIÓN DE PARTO Y CESÁREA EN EL HOSPITAL
BÁSICO COMUNITARIO DE XALITLA**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de

Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C.YASMIN ROJAS CASTREJON

C. KATIA TERRONES VAZQUEZ

Asesor:

LIC.ENF. Martha Elena Cisneros Martínez

Iguala de la Independencia. Gro., Octubre 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 DE FECHA 28-06-
2011**

LIC. ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**ANALIZAR LA ATENCIÓN DE PARTO Y CESÁREA EN EL HOSPITAL BÁSICO
COMUNITARIO DE XALITLA**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C.YASMIN ROJAS CASTREJON

C. KATIA TERRONES VAZQUEZ

Dirigido por:

LIC.ENF. Martha Elena Cisneros Martínez

SINODALES

LIC.ENF. Martha Elena Cisneros Martínez _____
Presidente
LIC. ENF. Concepción Brito Romero _____
Secretario
MCE. Virginia Hernández García _____
Vocal

Iguala de la Independencia, Gro. Octubre 2018

Resumen

Introducción: la presente investigación se llevó a cabo dentro de las instalaciones del hospital básico comunitario de Xalitla con el fin de analizar la atención del parto y cesárea. Objetivo: analizar la calidad de atención durante el parto y puerperio, garantizar la seguridad materna fetal. Analizar la atención al parto y cesara en el hospital básico comunitario de Xalitla asegurando un parto limpio con personal capacitado. Método: se tomó como muestra de estudio de la población conformada por 1450 habitantes, de los cuales 755 pertenecen al género masculino que corresponde a un 52% y 695 al grupo femenino que corresponde a un 47% donde se tomó como muestra de estudio a la población femenina en edad reproductiva conformada por 59 usuarias. También se tomó como muestra de estudio al personal de enfermería que está conformado por 24 enfermeros(a). Se utilizaron dos instrumentos de tipo transversal las cuales cada una cuenta con un consentimiento informado, datos de la persona encuestada, con 17ITEMS (para personal de enfermería) y con 11 ITEMS (para usuarias). Resultados: se obtuvieron mediante el instrumento de medición, de los cuales se obtuvo de esta población 59 usuarias; 20 fueron atendidas por parto en el hospital de la comunidad de Xalitla (2.87%), 29 usuarias decidieron atenderse en otras instituciones de salud (4.17%) y 10 por cesárea de las cuales; 3 cesáreas (0.43%) fueron atendidas en el hospital de la comunidad de Xalitla y resto de las 7 cesáreas tuvieron que ser trasladados a otras unidades de salud.

Conclusiones: se proponen algunas recomendaciones para revertir la falta de interés de ambos lados.

Palabras claves: parto, cesárea, atención, usuarias.

Summary

Introduction: the present investigation was carried out within the facilities of the community basic hospital of Xalitla in order to analyze the care of delivery and caesarean section. Objective: to analyze the quality of care during childbirth and puerperium, guarantee fetal maternal safety. Analyze childbirth care and cease at the basic community hospital of Xalitla ensuring a clean delivery with trained personnel. Method: the population of 1450 inhabitants was taken as a study sample, of which 755 belong to the male gender that corresponds to 52% and 695 to the female group that corresponds to 47% where the study sample was taken as Female population of reproductive age made up of 59 users. Nursing staff that is made up of 24 nurses was also taken as a study sample. Two cross-sectional instruments were used, each with informed consent, data of the person surveyed, with 17ITEMS (for nursing staff) and with 11 ITEMS (for users). Results: 59 users were obtained through the measuring instrument, of which 59 users were obtained from this population; 20 were treated by delivery in the hospital of the community of Xalitla (2.87%), 29 users decided to attend other health institutions (4.17%) and 10 by caesarean section of which; 3 caesarean sections (0.43%) were treated at the hospital of the community of Xalitla and the rest of the 7 caesarean sections had to be transferred to other health units.

Conclusions: some recommendations are proposed to reverse the lack of interest on both sides.

Keywords: childbirth, caesarean section, care, users.

Dedicatoria

El presente trabajo a escribir es dedicado principalmente a nuestros padres por estar siempre a nuestro lado, por darnos su incondicional apoyo a lo largo de mi vida y porque sin ella nada de esto hubiese sido posible.

A mis hermanas y hermanos por estar presentes en los momentos más importantes de mi vida y por todo su amor.

A mi gran amiga por estar conmigo en todo momento, por ser mi apoyo Incondicionalmente en las buenas, en las malas has sabido ser la mejor mano amiga.

C. YASMIN ROJAS CASTREJON

C. KATIA TERRONES VAZQUEZ

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia agradezco a mis formadores, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme a llegar al punto en el que me encuentro.

Al jefe de Enfermeras Lic. Luis Enrique Victoriano Solano por apoyarme en todo lo necesario en mi servicio social y las diversas capacitaciones que me fueron y serán de gran ayuda en el servicio social y en el futuro de mi trabajo.

Para finalizar, también agradezco también a todos lo que fueron mis compañeros de clase durante todos los niveles de universidad ya que gracias a mis compañeros, amistad y apoyo moral han aportado en un alto porcentaje a mis ganas de seguir adelante en mi carrera profesional.

C. YASMIN ROJAS CASTREJON

C. KATIA TERRONES VAZQUEZ

ÍNDICE

Resumen	i
Summary	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de tablas	vi
Índice de gráficos	vi
I. Introducción	1
1.1 planteamiento del problema	2
1.2 justificación	3
1.3 objetivo	4
II. Revisión de literatura	5
2.1 Marco referencial	5
2.2 Marco legal	6
2.2.1 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.	6
2.2.2 NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud	13
2.2.3 Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-048-08	14
2.3 Marco teórico	15
2.3.1 Definición de parto	15
2.3.2 Indicadores de calidad de enfermería	16
2.3.3 Atención al parto	21
2.3.4 Maniobras de leopold	23
2.3.5 Mecanismos de parto	24
2.3.6 Maniobra de ritgen	25
2.3.7 Maniobra de Brandt Andrews	26
2.3.8 Manobras de Dublín	26
2.3.9 Puerperio	26
2.3.10 Estudios Relacionados	28
2.4 Marco Institucional	31
2.5 Marco Conceptual	32
III. METODOLOGIA	33
3.1 Diseño metodológico	33
3.2 Universo y muestra	33
3.3 Criterios de inclusión	34
3.4 Material y método	36
3.5 Análisis de datos	37
3.6 Consideraciones éticas	37
IV. Resultados	42
V. Conclusiones y discusión	68

VI. Bibliografía	72
Anexo “A” Instrumento de medición	75
Anexo “B” Instrumento de medición	76
Anexo “C” Instrumento de medición	79
Anexo “D” Figuras	81

Índice de graficas (usuarias)

4.1 Pirámide poblacional.	42
4.2 mujeres en edad fértil.	43
4.3 grupo de edades de las usuarias.	44
4.4 escolaridad.	45
4.5 capacitaciones sobre embarazo.	46
4.6 control prenatal.	47
4.7 conocimiento de riesgos durante parto y cesárea.	48
4.8 como es la atención por parte del personal de enfermería.	49
4.9 se atendería en el hospital comunitario de Xalitla.	50
4.10 partos y cesáreas.	51
4.11 porcentaje de atención al parto.	52
4.12 cesáreas.	53
4.13 traslados (motivos).	54

Índice de tablas (personal de enfermería)

4.1 Cargo en enfermería.	58
4.2 Genero.	59
4.3 Edad.	60
4.4 Nivel de estudios.	61
4.5 Conocimiento de equipo y material para la atención al parto y cesárea.	62
4.6 Capacitaciones por parte de la institución.	63
4.7 Tiempo transcurrido entre capacitaciones por parte de la institución.	64
4.8 Conocimiento del servicio de toco cirugía.	65
4.9 Conocimiento de normatividad y guías de práctica clínica en atención al parto.	66
4.10 Conocimiento de etapas y mecanismos del parto.	66
4.11 Conocimiento de emergencias obstétricas.	67

I. INTRODUCCIÓN

El Hospital Básico Comunitario de Xalitla municipio de Tepecoacuilco guerrero cuenta con el servicio de atención al parto y cesárea por lo cual en este trabajo se pretenden conocer si el personal de la institución están realmente capacitados para la atención de partos, brindando información a las usuarias que se les llegara a solicitar alguna orientación acerca de los riesgos o emergencias obstétricas que pudieran presentarse; y porqué las usuarias no deciden atenderse en el hospital de la comunidad.

El parto es un proceso fisiológico y natural, caracterizado por ser un momento de gran importancia emocional, ya que significa la presentación de una nueva vida al mundo del que formamos parte. Para la mujer y el hombre, el parto significa el momento esperado y un punto de partida para ambos, en que tendrán que hacer frente a nuevas emociones y actividades, a cambios de sus vidas y en la forma de relacionarse como pareja. (Secretaria de Salud, 2016).

El parto normal o eutócico es el que termina con la expulsión espontanea de un feto viable y de sus anexos, sin que se presenten alteraciones a lo largo de su evolución. La forma más frecuente del parto eutócico es el parto en presentación cefálica flexionada o presentación de vértice en que la cabeza fetal se sitúa de manera que penetra en el canal del parto, con las dimensiones más pequeñas de este. Esta presentación es la que ofrece mejores condiciones para que no existan complicaciones y el parto pueda ser eutócico (Secretaria de Salud, 2016).

El Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018, señala que la razón de mortalidad se estima en 43 defunciones por cada 100 nacido vivos, con contrastes por entidad federativa,

explicando que las causas de la mortalidad materna son prevenibles; el riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio es mayor en adolescentes; el aborto representa la quinta parte de mortalidad materna; y 8.6% de los embarazos ocurridos entre el 2004-2009 terminaron en un aborto. También expresa que un problema casi desapercibido es que un 46.2% de los nacimientos en mujeres de (20-29) años son cesáreas (20.5% programadas y 25.7% por urgencias) refiriendo que en los 12 últimos años el número de cesáreas se incrementó (Proigualdad, 2018).

El enfoque seguro también incluye las competencias obstétricas que debe tener el personal del primer nivel de atención, para la identificación de los riesgos obstétricos durante el embarazo, así como para la atención del parto de acuerdo a las recomendaciones de la organización mundial de la salud (OMS) y para el manejo y referencia de complicaciones del mismo (Secretaria de Salud, 2016).

1.1 Planteamiento del problema.

El embarazo y la maternidad son hechos más frecuentes que lo que la sociedad quisiera aceptar; son experiencias difíciles que afectan la salud integral como a la familia y a la sociedad. Las cifras de embarazos en la comunidad no son exactas, ya que se establecen principalmente del hospital de la comunidad de Xalitla, que incluyen a quienes no solicitan sus servicios.

Se ha observado que uno de los principales aspectos que influyen en la atención, es la información y comunicación que se establece entre los profesionales y las usuarias del sistema de salud.

Los hospitales básicos comunitarios constituyen un eslabón importante dentro de la red de servicios que ha logrado ampliar la Secretaria de Salud, pues anualmente estas unidades médicas proporcionan cinco mil consultas, atendidos

500 nacimientos y practican 200 cirugías, en promedio (Hospitales Básicos Comunitarios, 2012).

El principal objetivo de un hospital básico comunitario es disminuir la mortalidad materna infantil, así como ofrecer servicios médicos con calidad y eficiencia a la población usuaria. Su cobertura de atención es de hasta 30 mil habitantes (Hospitales Básicos Comunitarios, 2012).

En México, la 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 señala que es necesario priorizar el parto vaginal y reducir el índice de cesáreas (Diario Oficial de la Federación, 2016).

¿Analizar cuáles son las causas por las cuales las usuarias no requieren la atención al parto y cesárea en el hospital básico comunitario de Xalitla?

1.2 Justificación

Este tema se eligió para dar a conocer a las mujeres embarazadas acerca del trabajo de parto y el porque la mayoría de las usuarias no deciden atenderse en el hospital de la comunidad de Xalitla.

En los cuales sus actividades son de orientación y educación a la población derecho habiente sobre los programas prioritarios de salud como el control prenatal, planificación familiar, programa de desnutrición, odontología preventiva y la protección específica con aplicación de vacunas, detecciones y controles de enfermedades. Los diversos estudios demuestran la tenacidad al alza en el número de cesáreas, se debe a un manejo controversial de la gestante con cesárea previa, no existiendo hasta el momento un criterio uniforme acerca de la

mejor conducta a seguir en estos casos, a pesar de que muchos estudios demuestran los beneficios del parto vaginal sobre la cesárea iterativa. Muchas son las variables que se manejan en la atención final de la gestación, por esto no existiendo una normativa al momento de indicar una operación cesárea, los criterios van a depender tanto del servicio donde se maneje como de las causas que se consideran para indicarla. Así, se observa que las mujeres con cesárea electivas sufren más infecciones, recuperaciones más largas, mayores problemas físicos, emocionales, reingresos al hospital entre otros problemas

1.3 Objetivos

Objetivo general

- Analizar la calidad de atención durante el parto y el puerperio, garantizar la seguridad materna-fetal.
- Comprender cuales son las causas de la operación cesárea

Objetivos específicos

- Analizar la atención al parto y cesárea segura en el Hospital Básico Comunitario de Xalitla asegurando un parto limpio con personal capacitado.

II. REVISION DE LITERATURA

La atención se define como la acción de atender mediante una asistencia médica inicial que recibe un paciente (RAE, 2014). El cuidado enfermo es un concepto, incorporado en la naturaleza del ser humano como una necesidad básica que asegura la calidad en el cuidado del paciente, ya que se basa en un amplio marco teórico y permite individualizar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. Además considera al paciente cuando no tiene conocimientos, voluntad o capacidad por sí mismo para mantener su salud (Huapen, 2011).

2.1 Marco referencial

Para la comprensión de la temática que ocupa a esta investigación y el logro adecuado de los objetivos planteados, se debe, de manera perentoria, establecer los antecedentes históricos de la problemática objeto central del estudio: la relación comparativa entre la favorabilidad del parto vaginal frente a la cesárea electiva, también conocida como cesárea por solicitud materna. De acuerdo con Vázquez Cabrera (2010), la operación cesárea es conocida desde la antigüedad. El rey romano Numa Pompilio dictó su Lex Regia en la que se autoriza a realizar la operación cesárea a toda mujer muerta en los últimos meses del embarazo, con la intención de salvar al producto de la gestación.

Los partos en México atendidos por médicos y/o enfermera y por instituciones de salud superaron en 2005 la cifra de 90% de cobertura. La cesárea viene en aumento creciente en el país desde finales del siglo anterior. Actualmente se calcula que entre el 25% y 30% de los nacimientos se atienden mediante cesáreas, con extremos en departamentos como San Andrés y Atlántico en donde 2/3 partes de los nacimientos ocurre mediante dicho procedimiento. Los departamentos del país reportan porcentajes de atención al parto por cesárea superiores al 15%, que la cifra recomendada por la Organización Mundial de la

Salud (OMS). Se define como cesárea por solicitud materna como la preferencia de la embarazada por la realización de esta cirugía ante una gestación de feto único sin indicación médica u obstétrica.

En el caso particular de los partos, la reducción médicos puede ser compensada por un incremento de partos por cesáreas medicamente injustificado.

2.2 Marco Legal

2.2.1 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.

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 médica 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 espontaneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbilidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo (NOM-007-SSA2-2016).

Al ingreso de toda mujer para la atención obstétrica, se deberá abrir el expediente clínico, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1, del Capítulo de Referencias, de esta Norma y se integrara el partograma correspondiente que se señala en el Apéndice B Normativo, de esta Norma. En caso de necesitar traslado a un establecimiento para la atención médica con mayor capacidad resolutive, se deberá valorar el traslado oportuno y seguro (NOM-007-SSA2-2016).

Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminara o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto. 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, liquido o sangre a atreves 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, para decidir la conducta a seguir conforme la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México; 2014 (Guía de Práctica clínica IMSS-048, 2014).

En el caso de pérdida de sangre transvaginal, deben destacarse complicaciones como la placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, u otras causas de hemorragia. Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades; se propiciara la deambulación alterna con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atención medica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se siente 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 (NOM-007-SSA2-2016).

La prescripción de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto se realiza según el criterio médico, basada en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente de conformidad con la Norma Oficial citada en el 2.4 del Capítulo de Referencias, de la Norma (NOM-007-SSA2-2016).

La introducción 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 diagnósticos 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 (NOM-007-SSA2-2016).

A la recepción de la embarazada en trabajo de parto, la tricotomía vulvo perinatal 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 médica en el expediente clínico. Se recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica (NOM-007-SSA2-2016).

Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomara entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto indican bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve (NOM-007-SSA2-2016).

El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descanso de la presentación, se debe realizar mediante al tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente eutócicas o distocias. La mujer debe ser informada antes y después de exploración (NOM-007-SSA2-2016).

Las indicaciones, prescripciones y procedimientos deben ser registrados en el expediente clínico, conforme a lo que establece la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1 Capítulo de Referencias, de esta Norma.

La atención al 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 la adecuación de la infraestructura hospitalaria y la capacitación del personal para este tipo de atención. Dicha capacitación debe ser por las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, en los lugares donde es culturalmente utilizado y aceptado (NOM-007-SSA2-2016).

El pinzamiento y el corte del cordón umbilical se deben realizar de 30 a 60 segundos después del nacimiento, aun siendo prematuros, manteniendo a la persona recién nacida por abajo del nivel de la placenta. En caso de madre Rh negativo no isoimmunización, circular de cordón al cuello y sufrimiento fetal agudo, el pinzamiento y corte debe ser inmediato (NOM-007-SSA2-2016).

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 este 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 (NOM-007-SSA2-2016).

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. Solo 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 (NOM-007-SSA2-2016).

En todas las puérperas Rho (D) negativas se debe pinzar el cordón umbilical únicamente en el extremo que corresponda a la persona recién nacida, dejando sin pinzar su extremo placentario y se debe evitar, en lo posible, la revisión de la cavidad uterina.

Los datos correspondientes al resultado del parto deben consignarse en el expediente clínico incluyendo los siguientes datos:

Tipo y atención del parto;

Tipo y hora de nacimiento;

Consideraciones de la persona recién nacida al nacimiento: valoración Silverman Anderson, Apgar, sexo, edad gestacional, examen antropométrico completo, estado de salud, pronóstico, aplicación de medicamento o vacunas, de conformidad con los Apéndices E,F,G y H Normativos, de esta Norma y Anotar si existen anomalías congénitas, enfermedades, o lesiones (NOM-007-SSA2-2016).

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 y 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 (NOM-007-SSA2-2016).

Al final de este periodo, se debe valorar las consideraciones clínicas para la aplicación de un método anticonceptivo indicado en el posparto inmediato, como es el dispositivo intrauterino, siempre y cuando se haya cumplido con el proceso de consejería y de consentimiento informado (NOM-007-SSA2-2016).

Atención al puerperio.

En todo establecimiento para la médica en el que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud aplicara 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 (NOM-007-SSA2-2016).

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 espontanea. Posteriormente, se revisara cada 30 minutos hasta a completar las 2 primeras horas del puerperio y luego entre 4 y 8 horas de acuerdo a su evolución hasta su egreso (NOM-007-SSA2-2016).

Inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona recién nacida, en mujeres y recién nacidas/os cuyas condiciones de salud lo permitan. En las primeras 8 horas favorecer la deambulaci3n, alimentaci3n normal e hidrataci3n (NOM-007-SSA2-2016).

Informar a la paciente y a su pareja, para que identifiquen oportunamente signos y sntomas de alarma, incluidos aquellos que afecten la salud mental. El egreso de la paciente podr3 efectuarse hasta que hayan transcurrido 24 horas del posparto en caso de no existir complicaciones.

a las madre Rho (D) negativas, con personas recién nacidas Rho positivo y con prueba de Coombs indirecta negativa, se les aplicaran 300ug de globulina inmune anti Rho, dentro de las primeras 72 horas posparto o cuando se realice otro evento o procedimiento invasivo capaz de ocasionar hemorragia feto-materna y que pueda condicionar en la madre inmunizada al antígeno “D”. La atención preferentemente debe ser realizada por personal calificado (NOM-007-SSA2-2016).

Durante el internamiento y antes de la 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 dificultad respiratoria, llanto inconsolable, crisis convulsivas, vomito, distensión abdominal e hipotermia) o de la madre (fiebre, hemorragia, cefalea persistente), que ameritan atención médica urgente (NOM-007-SSA2-2016).

Para la atención del puerperio mediato 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, la 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 (NOM-007-SSA2-2016).

2.2.2 Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el sistema Nacional de Salud.

Rige de forma clara y organizada, el nivel de responsabilidad que el personal de enfermería tiene en el esquema estructural de los establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado. Menciona las definiciones del cuidado que a continuación se presentan:

- a) Cuidado: a la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por si sola con respeto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar (NOM-019-SSSA3-2013).
- b) Cuidados de enfermería de alta complejidad: a los que se proporcionan al paciente que requiere de atención especializada. Usualmente, es en áreas de atención específica, donde comúnmente el cuidado es individualizado, se apoya con la utilización de equipos biomédicos de tecnología avanzada y personal de enfermería especializado en la rama correspondiente (NOM-019-SSSA3-2013).
- c) Cuidados de enfermería de mediana complejidad: a los que se proporcionan al paciente que se encuentra en un proceso mórbido que no requiere de alta tecnología; los cuidados se relacionan con el grado de dependencia de las personas para cubrir sus necesidades de salud. El personal de enfermería requiere contar con conocimientos, habilidades y destrezas para la atención integral del paciente, familia o comunidad (NOM-019-SSSA3-2013).

d) Cuidados de enfermería de baja complejidad: a los que proporcionan al paciente que se encuentra en estado de alerta y hemodinamicamente estable, con mínimo riesgo vital o en recuperación de un proceso mórbido.

El cuidado se enfoca a satisfacer las necesidades básicas de salud y de la vida cotidiana (NOM-019-SSSA3-2013).

2.2.3 Guía de Práctica Clínica: IMSS-048-08 Reducción de frecuencia de Operación Cesárea.

Definición de cesárea:

Es un procedimiento quirúrgico que tiene por objeto extraer al feto, vivo o muerto, a través de laparotomía e incisión de la pared uterina, después de que el embarazo llegado a la viabilidad fetal (GPC-IMSS-048-08).

Estrategias para disminuir la frecuencia de la operación cesárea:

Ingresar a la paciente en fase activa del trabajo de parto a la sala de labor y no realizar inducciones innecesarias esperar un trabajo de parto espontaneo (GPC-IMSS-048-08).

Realizar talleres periódicos sobre vigilancia fetal electrónica y manejo activo del trabajo de parto utilizar la oxitocina, en forma cuidadosa con motorización electrónica en la fase activa del trabajo de parto, en pacientes con antecedentes de cesare (GPC-IMSS-048-08).

Prueba de parto vía vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea en embarazo previo. Todas las paciente con cesárea previa en trabajo de parto, deberán contar con motorización electrónica continua fetal. Se deberá contar con un quirófano en un tiempo mínimo de 30 minutos para realizar una cesárea de urgencias. La operación cesárea se recomienda cuando la miomectomia fue por

miomas múltiples que hayan sido voluminosos y especialmente si penetraban la cavidad uterina (GPC-IMSS-048-08).

Prevención y manejo de las distocias:

En la prevención y manejo de fase latente de trabajo de parto prolongado se recomienda: evitar el ingreso a área de labor hasta que se encuentre en fase activa, reposo, hidratación, observación, son preferidos sobre amniotomía y/o oxitocina. Vigilancia regular y cuando sea necesario amniotomía, oxitocina y analgesia (GPC-IMSS-048-08).

Indicaciones absolutas de operación cesárea;

- a) Cesárea iterativa
- b) Presentación pélvica
- c) Sufrimiento fetal
- d) Desprendimiento prematuro de placenta normoincorta
- e) Placenta previa
- f) Prolapso de cordón umbilical
- g) Hidrocefalia
- h) Gemelos unidos
- i) Infecciones maternas de transmisión vertical (VIH)
- j) Embarazo pretermino (<1500 gramos de peso fetal)

2.3 Marco teórico

2.3.1 Definición del parto

Se define como el conjunto de fenómenos pasivos que permite la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluida la placenta y sus anexos (NOM-007-SSA2-2016).

De acuerdo con la federación internacional de ginecología y obstetricia, podemos clasificar el parto o la edad gestacional semanas de gestación, (SDG):

- Inmaduro: de las 20 a las 27 SDG
- Pretermino: de las 28 a las 37 SDG
- Termino: de las 38 a las 42 SDG
- Posttermino: a partir de las 42 SDG

2.3.2 Indicadores de calidad de enfermería

Los indicadores de calidad de enfermería son de gran importancia en las instituciones de salud, ya que son como incentivo a las acciones con las que se tener más cuidado y atención al realizarlas, lo que nos hará mejores profesionistas y con ello tener un conocimiento amplio ante la atención de calidad. En este caso observamos cada una con los puntos más importantes a realizar ante cada uno de ellos, lo que nos hará acreedores a obtener un conocimiento justificado y adecuado (Rodríguez, 2013).

El sistema nacional de indicadores de calidad de salud (INDICAS) es una herramienta que permite registrar y monitorear indicadores de calidad en las unidades de los servicios de salud, además de darles seguimiento y la oportunidad de establecer comparaciones entre las unidades de atención medica del país (Secretaria de Salud, 2016)

Tiene como objetivo contar con un sistema integral de medición para el sistema nacional de salud que integre evidencia de mejora de la técnica, calidad percibida y calidad en la gestión adecuado a las necesidades de información y evaluación de líneas de acción del sistema integral de calidad en salud (SICALIDAD) (Secretaria de Salud, 2016)

- ministración de medicamentos por vía oral, su objetivo principal es administrar estos medicamentos con fines diagnósticos, terapéutico o preventivos para que sea absorbidos por la mucosa gastrointestinal, también se enfocan los 10 correctos para la administración de estos (Rodríguez, 2013).
- trató digno ,esta es la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería dure su estancia hospitalaria que debe realizar en todos los servicios de atención ,desde el servicio de consulta externa hasta el servicio de urgencias ,en el cual se obtiene la del usuario por el sufrimiento de medicamentos y tiempo de espera para su atención (Secretaria de Salud, 2016)
- prevención de ulcera por presión a paciente hospitalizados, la escala de Norton la cual nos ayuda a evaluar el riesgo del paciente a presentar alguna ulcera ,se valora el estado físico general, estado mental, actividad, movilidad incontinencia ;con lo que se valora y realizan las actividades correspondientes, como son el cambio postura frecuente, la higiene corporal y tipo de superficie de apoyo (Rodríguez, 2013)
- prevención de infecciones por sonda vesical instalada, se enfoca principalmente ,se enfoca principalmente en el lavado y desinfección de manos así como los 5 momentos de higiene de manos en la atención del usuario; en cuestión de la sonda se deben considerar las características adecuadas dependiendo del usuario ya sea desde calibre ,el uso de gel lubricante, La colocación de forma aséptica y con el procedimiento adecuado para el usuario ya sea pediátrico hasta geriátrico, así como actividades de mantenimiento de dicha sonda debajo de la vejiga para

evitar traumatismo, infecciones por reflujo y asegurar una correcta evaluación (Secretaria de Salud, 2016).

- prevención de caídas a pacientes hospitalizados, durante su estancia hospitalaria pueden suceder una serie de incidentes que originan lesiones y algunas ocasiones dejan secuelas incrementando el tiempo de hospitalización la morbilidad y mortalidad. Se cuenta con una escala que ayuda a valorar el estado del paciente con alguna limitación física, estado mental alterado, tratamiento farmacológico que implique riesgos, problemas de idioma o socioculturales o algún paciente que no tenga algún factor de riesgo evidente para el riesgo de caídas (Rodríguez, 2013)
- Vigilancia y control de la venoclisis instalada, este punto se enfoca principalmente en la NOM-022-SSA3-2012 que instruye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos (Secretaria de Salud, 2016)

Antecedentes de Parto

La primera descripción de un parto normal fue hecha por Hipócrates (460-377 a.c.), en su libro naturaleza del niño. Él considero que el parto comenzaba cuando el feto tenía hambre y rompía la bolsa de las aguas con movimientos de sus manos y pies. A lo largo de la historia otros grandes médicos y ginecólogos, como Galeno o Schroeder, también expusieron del inicio del parto son objetos de discusiones científicas (Natalben, 2017).

En cuanto a la asistencia al parto en sí, fueron pocos los cambios que ocurrieron a lo largo de los siglos. Las comadronas seguían siendo las únicas verdaderas especialistas que sabían atender correctamente a las mujeres en el parto, además de aliviarles el dolor, aconsejar en su vida sexual o incluso llevar a cabo técnicas

abortivas ,sus conocimientos y experiencias los enseñaban de generación en generación .mientras tanto los médicos consideraban que la sangre ,heridas y parto no eran trabajo dignos de sus conocimientos ;además la mujer en general estaba considerada un ser inferior y las comadronas ,por sus conocimientos en Hiervas, eran sospechosas habituales de brujería (Natalben, 2017).

Fue en el siglo XVIII cuando los primeros médicos se interesaron por la obstetricia y comenzaron a pasar a la sala donde la mujer paria. Se comenzó a estudiar el parto como una ciencia y pronto se desarrollaron instrumentos como el fórceps y se impuso la posición horizontal de la parturienta (Natalben, 2017).

El parto humano ha sido un evento natural, en el cual la mujer adopta naturalmente la posición vertical, los egipcios utilizaron una silla para facilitar el alumbramiento; durante los siglos XVII y XVIII, se inició la práctica de la obstetricia media, con el fundamento de acompañar y estar presente en el parto (Guana, 2009).

La asistencia por parteras se delegó a las mujeres desde el momento la participación medica logro disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal, pero aumento la complejidad en la atención y aumento la morbilidad y la mortalidad materna por infecciones ;la primera experiencia impactante fue la aparición de fiebre puerperal ,estudiada y resuelta por el medio Húngaro Ignaz Semmelweis ,quien en 1840 y 1848 analizo la epidemiologia de esta complicación en la maternidad de Viena ,sus hallazgos demostraron que la intervención de los médicos contaminaban a las mujeres, mientras que las asistidas por parteras tenían menor morbilidad y mortalidad (Guana, 2009).

Los nuevos avances, además de los nuevos conocimientos de las anestесias y la asepsia en el siglo XIX, hicieron que disminuyeran el riesgo de muerte en el parto del bebe y de la madre (Natalben, 2017).

Durante el siglo XX, el control de la natalidad, el seguimiento médico durante el embarazo, el riesgo topográfico durante el embarazo y técnicas quirúrgicas como cesárea han hecho que la gran mayoría de los partos se desarrollen felizmente. Sin embargo, al mismo tiempo que se han producido estos avances, el momento del parto ha sufrido un proceso de deshumanización en el que la madre y la familia se han visto privadas de su derecho de intimidad y elección (Natalben, 2017).

Fue la época cuando diversos doctores (Lamaze, Bradley, Leboyer, etc.) comenzaron a desarrollar métodos que favorecían un desarrollo natural del parto centrándose en la mujer y/o el bebé, evitando medicamentos e intervenciones médicas innecesarias (Natalben, 2017).

La asistencia medicalizada de los partos y las re indicaciones de su humanización es algo propio de los países industrializados ,ya que la mayor parte de la humanidad sigue atendiendo el parto como una partera y nada más, haciendo que el parto siga siendo una de las causas de muerte más frecuente en los países subdesarrollados (Natalben, 2017).

En la actualidad, hay varias calificaciones hacia el parto que en ocasiones, se confunden entre sí. En un sentido más tradicional, podemos hablar de parto natural como aquel parto que se desarrolla con normalidad a través de la vagina y que no requiere más asistencia médica de control medicamentos suaves como puede ser, por ejemplo: los analgésicos (Natalben, 2017).

Sin embargo, las nuevas corrientes naturalistas han tendido a diferenciar entre un parto medicalizado, es decir, partos que se desarrollan bajo supervisión y control médico para intervenir si es necesario (dentro podemos incluir el parto instrumentalizado, parto por cesárea, etc.), y un parto natural, como aquel parto en

el que prima la filosofía y la naturalidad del proceso por encima de la técnica médica (Natalben, 2017).

Las tasas de cesárea realizadas han crecido en los últimos años en estado unidos, por ejemplo, se han observado un incremento de un 3% a 5% en los años 70, hasta un 29% en reportes recientes, sin embargo, el aumento en el número de cesáreas realizadas en la actualidad, es difícil establecer una cifra general de su incidencia ya que, influyen varios factores, como el tipo de población, indicaciones, disponibilidad, estadísticas (Natalben, 2017).

Son muchas las corrientes de pensamiento que defiende este tipo de parto y hay multitud de variaciones, pero los puntos en común podrían ser:

- Ambiente y entorno apropiado , íntimo y seguro , y apoyo emocional
- Libertad de expresión, movimiento y postura de la parturienta
- Procedimientos naturales de abordar el dolor
- Intimidad y tiempo para recibir y acoger al bebé

En el ambiente hospitalario y desde finales del siglo XX también la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo apoya, ha abandonado en la antigua idea de que “todo parto complicado hasta que se ha abandonado hasta que se demuestre lo contrario” y se apuesta por un parto humanizado, como un parto en el que, sin dejar de lado la vigilancia médica y su intervención si es pertinente, se mantiene a la parturienta y a su acompañante en su ambiente relajado y respetando el derecho ético de autonomía (Natalben, 2017).

2.3.3 Atención al parto

Es el conjunto de acciones que se realizan con una mujer gestante con el fin de garantizar una correcta terminación de su embarazo, que se traduce en bienestar

para la mujer y el recién nacido/a (Departamento de Integración de Ciencias Médicas, 2017).

EL TRABAJO DE PARTO SE DIVIDE EN:

PRIMER PERIODO:

Borramiento y dilatación: acortamiento y adelgazamiento progresivo de la longitud del cuello del útero medido de 0a 100%.dilatación: aumento del diámetro del canal cervical medido en centímetros 0 a10 (Cunningham et al, 2011).

En el primer periodo se presentan dos fases:

- a) fase latente: actividad uterina irregular y leve .dilatación del cuello menor a 4cm
- b) fase activa: dilatación del cuello de 4cm o más y al menos 2 contracciones con 20segundos o más de duración en 10 minutos.

SEGUNDO PERIODO:

Expulsivo: Inicia con la dilatación completa del cuello uterino y concluye con la salida del recién nacido/a (Cunningham et al, 2011).

TERCER PERIODO:

Alumbramiento o periodo placentario: Inicia con la salida del recién nacido/a y finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas corioamnióticas (Cunningham et al, 2011).

2.3.4 Maniobras de Leopold

Las maniobras de Leopold se utilizan para conocer la estática fetal en cualquier paciente embarazada después de las 32 semanas de gestación. Esto es de suma importancia ya que dependiendo de esta, podemos tener indicaciones para ofrecer a la paciente, un parto por cesárea, así como más información sobre las complicaciones probables durante el parto y cómo prevenirlas (Cunningham et al, 2011).

Primera maniobra

Se trata de ubicar el polo fetal ubicado en el fondo uterino.

La enfermera se debe ubicar en la parte superior del abdomen de la paciente.

Mediante la palpación suave del fondo se determina que polo fetal se encuentra allí (Cunningham et al, 2011).

Segunda maniobra

Es la palpación bimanual de los lados o superficie para umbilicales para ubicar la posición del dorso fetal .en esta fase se palpa suave firme y profundamente (Cunningham et al, 2011).

Tercera maniobra

La tercera maniobra se realiza palpando con los dedos de las manos dominante la región supra púbica .el objetivo es precisar el polo fetal que se ubica a ese nivel, así como el progreso del trabajo de parto (Cunningham et al, 2011).

Cuarta maniobra

Es el conjunto de movimientos que realiza el feto para salir a través del canal de parto. Para su estudio, dividimos este proceso en paso secuencial, lo cual facilita su entendimiento (Cunningham et al, 2011).

2.3.5 Mecanismos de parto

El conjunto de movimiento que realiza el feto para salir a través del canal de parto. Para su estudio, dividimos este proceso en pasos secuenciales lo cual facilita su entendimiento (Cunningham et al, 2015).

- **Encajamiento:**
Es el mecanismo por el cual al encajarse, el producto se encuentra en una variedad de posición transversa que casi siempre es transitoria (Cunningham et al, 2015).
- **Descenso:**
Este ocurre a lo largo del canal de parto, nulíparas es subsecuente al encajamiento y en multíparas puede ser simultáneo a este. Depende de cuatro fuerzas: presión del líquido amniótico, presión del fondo uterino sobre la pelvis en las contracciones, esfuerzo de pujo de la madre, extensión y flexión del cuello fetal (Cunningham et al, 2015).
- **Flexión:**
El producto se encuentra descendiendo y tan pronto como encuentra alguna resistencia ofrecida por el cuerpo de la madre (cuello uterino, piso o paredes pélvicas etc.) (Cunningham et al, 2015).
- **Rotación interna:**
Este evento ocurre al girar la cabeza fetal en el interior de la pelvis, el occipucio se va moviendo hacia la sínfisis del pubis (lo más frecuente) o

hacia la cavidad del sacro tratando de regresar a su posición original (Cunningham et al, 2015).

- Extensión:

La resultante de estas fuerzas provoca la extensión de la cabeza fetal usando sínfisis del pubis como una palanca para avanzar y para que presente el nacimiento de la cabeza (frente, nariz, boca) (Cunningham et al, 2015).

- Rotación externa

Este movimiento es inverso al que se realizó durante la rotación interna, con la finalidad de guardar la relación anatómica de los hombros (Cunningham et al, 2015).

- Expulsión de los hombros:

En esta posición el hombro anterior es el primero en nacer seguido por el posterior (Cunningham et al, 2015).

2.3.6 Maniobra de Ritgen

Es un procedimiento obstétrico para la atención de la segunda fase del parto (cuando el feto es expulsado) que tiene como finalidad la protección del periné de la madre cuando la vía del nacimiento es vaginal y en presentación cefálica, pretendiéndose evitar especialmente los desgarros perineales (GPC-Obstetricia y neonatología, 2014).

Esta maniobra hace parte de la atención de la segunda etapa del parto esto es, de aquella atención en la que se manipula el periné ,en contraposición a la atención tipo "Hands-poised" ("manos-quietas ") en la cual no se toca el periné en ningún momento de dicha segunda etapa .La evidencia recolectada sobre la utilidad de la

maniobra de ritgen no es clara ,por lo que su recomendación como procedimiento de protección del periné materno aun no puede proclamarse o negarse (GPC- Obstetricia y neonatología, 2014).

2.3.7 Maniobra de Brandt Andrews

Con la pinza se realiza una tracción leve del cordón umbilical en 45° de forma descendente, al mismo tiempo, con la otra mano, se hace una compresión supra púbrica para detener el fondo uterino y que no haya inversión uterina (GPC- Obstetricia y neonatología, 2014)

2.3.8 Maniobra de Dublín

Una vez que se asoma la placenta en el introito vaginal, se toma y se gira sobre su propio- eje longitudinal mientras se hace una leve tracción .esto evita que se rompa las membranas y haya retención de restos placentarios y sangrado (GPC- Obstetricia y neonatología ,2014)

2.3.9 Puerperio

Periodo que comprende desde alumbramiento hasta las seis semanas posparto o cuarentena y dos días ,durante el cual los órgano genitales maternos y el estado general vuelve a adquirir las características anteriores a la gestación, a excepción de las glándulas mamarias (Cunningham et al, 2015)

Periodo del puerperio se divide en:

- Puerperio inmediato .comprende las primeras veinticuatro horas después del parto.
- Puerperio mediato: comprende desde el segundo al décimo día posterior al parto.

- Puerperio tardío: comprende desde el día once hasta la cuarenta y dos días posteriores al parto (Cunningham et al, 2015).

Atención del puerperio:

Es el conjunto de acciones que se realizan con la mujer durante el puerperio ,a fin de evaluar el proceso bio-psicosocial de involución de los cambios ocurridos en la gestación . (Cunningham et al, 2015).

Tiene los siguientes ejes:

- estandarizar las técnicas de atención durante el puerperio.
- prevenir las complicaciones que se producen durante este periodo, con énfasis en la prevención de la hemorragia y la sepsis.
- controlar el bienestar de la mujer puérpera.
- ofrecer oportunidades servicio y consejería en salud sexual y reproductiva.
- proporcionar apoyo psico-afectivo ala puérpera y su familia.
- promover la lactancia materna exclusiva e instruir para su correcta realización.
- orientar a la puérpera y su familia para la incorporación de ella a la vida habitual.

Abordaje básico para la atención del puerperio:

- Toda mujer deberá recibir en su puerperio inmediato un mínimo de dos evaluaciones clínicas completas por médico: una dentro de las primeras dos horas posteriores al parto y la otra previa alta (Cunningham et al, 2011).
- A toda mujer en su puerperio inmediato se le deberá promover la lactancia materna el apego precoz y el alojamiento conjunto, según su condición y la del recién nacido (Cunningham et al, 2011).
- Mantener la vigilancia de la herida operatoria o de la episiotomía (Cunningham et al, 2011).
- Toda mujer que en su puerperio presente morbilidad deberá ser atendida por el personal médico, utilizando el Protocolo de la atención respectivo (Cunningham et al, 2011).

2.3.10 Estudios relacionados

Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional

Resumen

Objetivo: comparar la atención del parto por vía vaginal entre los sistemas hospitalario y tradicional, para identificar recursos y procedimientos utilizados, y la aparición de complicaciones maternas y neonatales derivadas del tipo de atención. Material y métodos: estudio transversal realizado en tres hospitales de la ciudad de Mérida y cuatro municipios de Yucatán, México, entre 1989 y 1990. La muestra estuvo constituida por 205 mujeres que tuvieron parto por vía vaginal. Se observó la atención del parto y, a los 15 días posparto, se les entrevistó para detectar

complicaciones maternas y neonatales. Se calcularon proporciones y se aplicó cuadrada para compararlas. Resultados: se presentaron complicaciones en ambos sistemas. Sin embargo, en el hospitalario predominaron las maternas y en tradicional, las neonatales. El número total de complicaciones fue similar. Conclusiones: la calidad de la atención fue similar en ambos servicios. Las complicaciones observadas pueden atribuirse a los recursos y acciones utilizados en cada sistema. Se requieren más estudios de este tipo para contar con evaluaciones objetivas de las ventajas y desventajas de ambos sistemas y contribuir a mejorar la calidad de atención materno-infantil. (Salud Pública de México, 2019)

Palabras claves: parto domiciliario/complicaciones; parto natural/complicaciones; atención hospitalaria/complicaciones; parteras tradicionales; México.

Análisis de satisfacción en el parto y puerperio en el hospital Can Misses de Ibiza. Implementando la encuesta COMFORTS.

Resumen

Introducción: en los últimos años ha habido un cambio efectivo importante en cuanto a la asistencia al parto normal desde el punto de vista de la asistencia, abandonando el modelo intervencionista de décadas anteriores en favor de un parto menos intervenido en el que la mujer sea realmente la protagonista. Ello ha requerido numerosos cambios en los que las expectativas unidas a la implicación de la mujer son fundamentales junto con el cambio de modelo asistencial y coadyuvando con estos los cambios en el entorno hospitalario del parto y nacimiento. Objetivo: de forma principal conocer el grado de satisfacción de las usuarias de esta área de salud en cuanto a la atención al proceso de parto y puerperio. Secundariamente conocer aspectos de mejora en la asistencia, lo que va estrechamente ligado con conocer si se está dando respuesta a las usuarias respecto a sus expectativas de parto. Finalmente obtener un mapa

sociodemográfico de las usuarias. Metodología: utilización de la escala valida COMFORTS a la que sean añadido, por interés propio, algunas variables sociodemográficas a fin de tener un perfil de usuarias de este servicio. Se eligió este diseño descriptivo para mostrar los resultados obtenidos. Datos recogidos en las consultas de puerperio a través de las matronas de atención primaria y en puerperio hospitalario. La población diana han sido todas las mujeres puérperas con recién nacido vivo usuarias del servicio, fuera cual fuese el tipo de parto, durante el periodo de recogida determinado por el equipo (noviembre 2016-febrero de 2018). Para la muestra se recogieron 265 encuestas que se aceptaron como válidas a pesar de que un ítem no fue contestado. Resultados/conclusiones: por la extensión de los resultados remiten el artículo completo para su lectura al detalle. Se concluye que el resultado global de las encuestas reafirma que los cambios producidos tanto en los espacios físicos como en los procesos asistenciales son bien percibidos por las usuarias del servicio, viendo la importancia de una encuesta de satisfacción de los pacientes como una herramienta necesaria para la mejora de calidad y la efectividad de los servicios que se prestan. (Hernández r, 2018)

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y REPRODUCTIVAS ASOCIADAS CON EL AUMENTO DE CESAREAS EN MEXICO.

Resumen

Objetivo: describir la tendencia de la cesárea en México y su asociación con características sociodemográficas y reproductivas. Materia y método: con base en encuestas Nacionales de Salud 2000, 2006 y 2012, se analizó información de cesáreas en mujeres. Se utilizó un modelo de regresión logística multivariado en 2012. Resultados: se identificó un incremento de 50.3% de la operación cesárea a nivel nacional en el periodo de 2000 a 2012. Las mujeres con mayor posibilidad de tener una cesárea fueron las que se atendieron en el sector privado. Al asociar la

edad y la paridad se observan los riesgos más altos en primíparas de 12 a 19 y de 35 o más años.

Conclusiones: se proponen algunas recomendaciones encaminadas a revertir el incremento de esta práctica clínica, sobre todo en aquellos casos donde no hay una indicación precisa para su realización. (Salud Pública de México, 2002)

2.4 Marco Institucional

El Hospital Básico de Xalitla es una empresa dedicada a las comunidades más cercanas que se encuentran en el municipio general del sector público. se localiza a la altura del kilómetro 2247 de la carretera México-Acapulco y en el kilómetro 41 de la carretera nacional Iguala-Chilpancingo.

Se encuentra al norte de la capital de estado de Guerrero aproximadamente a 40 minutos de la ciudad de Iguala en un recorrido de 35 kilómetros, así como aproximadamente a una hora de Chilpancingo capital del estado en un recorrido de 55 kilómetros.

Esta institución está clasificada dentro del sector (622-hospitales que se agrupan unidades económicas dedicadas principalmente a proporcionar servicios médicos, que cuentan con las instalaciones para la hospitalización de los pacientes).

Excluye: a proporcionar servicios de consulta médica externa (terapias intensiva, urgencias graves) proporciona la atención de aspectos relacionados con el comportamiento humano ;centros de planificación familiar ,ginecología, cirugía general ,odontología ,pediatría, urgencias calificadas como leves las 24 horas del día los 345 días del año ,sala de hospitalización ,sala de parto, quirófano centros para la atención de pacientes que no requieren hospitalización que solo requieren observación ,laboratorio ,cuenta con una casa AME atención a la mujer

embarazada ,y servicios de orientación y trabajo social mediante platicas y conferencias para la prevención o combate de adicciones o enfermedades.

FUENTE NO VALIDA

2.5 Marco Conceptual

La Organización Mundial de la Salud, en el parto normal deben existir razones muy válidas para interferir con el proceso natural “.la humanización va más allá de realizar un simple procedimiento, implica estar atentos a las necesidades individuales y dirigirse a las pacientes en trabajo de parto como seres humanos (OMS, 1996)

El parto y el nacimiento humanizado se basa en la valoración afectiva emocional de las personas, la consideración de los deseos y necesidades de sus protagonistas: madre e hijo y la libertad de las mujeres para tomar decisiones sobre donde, como y con quien parir, en uno de los momentos más importantes de su vida (Burgos, 2004).

La humanización va más allá de realizar un simple procedimiento, implica estar atentos a las necesidades individuales y dirigirse a las pacientes en trabajo de parto como seres humanos (Vela, 2015)

se realizó una revisión de un conjunto de estudios relacionados a la percepción de las puérperas sobre la atención del parto humanizado y se observó que uno o algunas de las dimensiones más frecuentes estudiadas son el trato profesional ,acompañante durante el parto, libre elección de la posición del 14 partos, alivio del dolor del parto, y teniendo en cuenta la ley reglamentada en la argentina se consideró oportuno además de estas dimensiones agregando la dimensión de contacto piel a piel del recién nacido con su madre. (Vela, 2015)

III METODOLOGIA

El presente estudio se llevó a cabo mediante un diseño de estudio cuali-cuantitativo observación descriptivo.

3.1 Diseño Metodológico

Descriptivo por que tiene como objetivo analizar el nivel de conocimiento en que se manifiesta una o más variables y proporcionar su descripción, transversal porque recolecta los datos en un solo momento, en un tiempo único y su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (Hernández, 2014) y cuantitativo por que los resultados se representan con datos numéricos (Canales, 2011).

3.2 Universo y muestra

El universo de estudio está conformado y la muestra fue conformada por 59 usuarias que son parte del total de 695 del género femenino de la población de Xalitla, se brindó información sobre el embarazo tomándose en cuenta los datos de los censos de control prenatal.

Se realiza el muestre por conveniencia ya que la población en el municipio de Xalitla es pequeña permitiendo tener datos básicos y las tendencias con respecto al estudio realizado ,es también útil para documentar una calidad particular del fenómeno de la atención de enfermería que se brinda a las usuarias de control prenatal. Los sujetos se seleccionaron por la conveniente accesibilidad y proximidad hacia el estudio.

3.3 Criterios de inclusión

Grupos de caso

- usuarias edad gestacional >de 37 semanas de gestación
- usuarias –años edad
- sexo femenino

Criterios de exclusión

- usuarias que no deseen en el estudio de investigación y que no cuenten

Criterios de eliminación

- cuestionario incompleto

Tabla de variables

Variable	Tipo de variable	Clasificación	Definición conceptual	Alcance operacional	Indicador	Escala	Ítem
Edad	Variable independiente	Cuantitativa discreta	Tiempo que un individuo ha vivido desde su nacimiento hasta un momento determinado	El número de años cumplidos	Expresada en números de años.	>12 años <45 años	1 y 2

Sexo	Variable independiente	Cualitativa dicotómica	Género Femenina	Género	Número de mujeres encuestadas	Femenino	2
Nivel educacional	Variable independiente	Cualitativa nominal	Conjunto de cursos que una usuaria sigue en un establecimiento	Actividad realizada en determinado lugar	Número de personas encuestadas	59	3
Nivel educacional del personal de enfermería	Variable independiente	Cualitativa nominal	Nivel de educación más alto que una persona ha terminado.	Actividad realizada en terminado lugar	Número de personal encuestado	24	2
Nivel de conocimientos sobre atención al	Variable dependiente	Cualitativa discreta	Cantidad de conocimientos que el encuestado posee	Conocimientos obtenidos por parte de usuarias	Numero de respuesta entre el número total de	Nivel de conocimiento optimo	6,78 ,9 10, 11, 12, 13,

parto					Ítems	Nivel de conocimiento suficiente Nivel de conocimiento deficiente	14, 15, 16, 17
	Variable independiente	Cualitativo Discreta	Todas aquellas acciones que se llevan a cabo dentro del hospital comunitario	Funciones establecidas mediante un lineamiento dentro del	Número de personal encuestado	Nivel de conocimiento optimo Nivel de conocimiento suficiente Nivel de conocimiento deficiente	13

3.4 Materia y Método:

Censo nombre de censo del Hospital Básico Comunitario Xalitla, Cuestionario dirigido para obtener información sobre el conocimiento que presentan las usuarias respecto al embarazo, el cual fue estructurado en apartados conteniendo la fase descriptiva, con reactivos en donde se obtienen datos personales, para proteger su privacidad, no se manejan nombres y la fase

analítica que se le brindan a la usuaria embarazada, para evaluar e interpretar el conocimiento que tiene sobre este mismo, se obtuvo el porcentaje de acuerdo a su conocimiento a la pregunta.

Trabajo de campo: en el Hospital Básico Comunitario de Xalitla se crea como organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, con domicilio en Xalitla del municipio de Tepecoacuilco.

La recolección de datos de las usuarias se realizó con los censos de la unidad hospitalaria.

Se aplica la encuesta de manera individual en algunos de los casos se solicita la autorización del estudio de investigación al Director el Dr. Adrián Mendoza Navarro y el jefe de enfermería Luis Enrique Victoriano Solano, con apoyo del consentimiento informado.

3.5 Análisis de datos

De acuerdo a las variables consideradas se contempló realizar el siguiente plan de análisis .para identificar el grado de conocimiento de la población que se tomó para la realización de la encuesta, se utilizaron modelos matemáticos como estadísticas el de resultados y la presentación de resultados con Word 2013.

3.6 Consideraciones éticas

Para esta investigación se consideraron los aspectos éticos según el reglamento de la Ley General de Salud Materia de investigación (1987), de acuerdo al título primero, capítulo único artículo 13^o que establece que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- Al conocimiento de los procesos biológicos de los seres humanos ;
- conocimiento de los vínculos entre causas de enfermedad;
- A la prevención y control de problemas de salud;
- Al conocimiento de evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomiendan o empleen la prestación de servicio de salud.

Pautas éticas

La investigación con seres humanos desde la perspectiva de los derechos humanos, centra su atención en la protección de los sujetos de investigación y está relacionada con el respeto a la vida e integridad psíquica de la persona; la protección de la vida está por nacer (“la ética de la investigación biomédica”,2004)

El pacto internacional de los derechos civiles y políticos, donde en el artículo 7°se establece que:

“nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles .nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos “

Principios éticos

Toda investigación en seres humanos debe realizarse de acuerdo con tres principios éticos básico: respeto por las personas, beneficencia y justicia (“la ética

de la biomédica ,2004) estos tres principios son los que deben primar y orientar los protocolos de investigación en seres humanos:

El respeto por las personas incluye, al menos dos consideraciones éticas fundamentales:

- respeto por la autonomía, lo que implica que las personas capaces de decidir sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación.
- protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada; lo que implica que se debe proporcionar seguridad contra todo daño o abuso a aquellas personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia: se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio establece que el riesgo de la investigación deben ser razonables a la luz de los beneficios esperados .además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; no maleficencias (no causar daño).

La justicia: Se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distribuida ,a la parte económica ,que establece la distribución equitativa de carga y beneficios al participar en la investigación; haciendo especial hincapié en la protección de los derechos y el bienestar delas personas vulnerables. El término “vulnerable” a una incapacidad sustancial para proteger interés propio, debido a impedimentos como falta de incapacidad para dar consentimiento informado, falta de médicos alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto coste al ser un miembro subordinado

de un grupo jerárquico. En general, los patrocinadores de una investigación o los investigadores mismos, no deberían sacar provecho de la relativa incapacidad de los países de bajos recursos o de las poblaciones vulnerables. En general, el proyecto de investigación debiera dejar a los países o comunidades de bajos recursos económicamente mejor de lo que estaban. La justicia requiere también que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables.

En las últimas tres décadas, el modelo médico de atención del parto por vía vaginal, sin complicaciones debido a su tratamiento hospitalario y a la utilización rutinaria e innecesaria de tecnologías médicas que, además de ser incómodas para la mujer, pueden llegar a alterar la salud o la del recién nacido. Tal es el caso de la posición de litotomía que se utiliza por comodidad del médico, no obstante que favorece la aparición de desgarros perinatales, el rasurado del vello púbico que puede incrementar el riesgo de infección al producirse pequeñas laceraciones, la aplicación de enema, a pesar de que la expulsión de material fecal durante el parto.

Como resultado, en diversos países industrializados se han desarrollado modelos alternativos, en los que el parto es considerado un evento natural y es atendido, con nula o mínima utilización de tecnologías médicas, en hospitales, centros especiales o en el domicilio de la mujer.

La cesárea es una operación concebida originalmente como un último recurso para aliviar condiciones maternas o fetales cuando existe un riesgo evidente para la madre, el feto o ambos durante el parto.

Sin embargo, en décadas recientes la práctica de la cesárea se ha extendido notablemente, gracias en buena medida a la disponibilidad de poderosos antibióticos y al desarrollo de modernas técnicas quirúrgicas.

En tal sentido, analizar el comportamiento de la operación cesárea en México en años recientes implica rebasar el ámbito estrictamente obstétrico para tratar de entender, desde una perspectiva socio epidemiológica, el porqué del incremento de su uso en el país y sus implicaciones económicas.

La operación cesárea se debe efectuar cuando el parto vaginal no es posible, o cuando el obstetra identifique algún riesgo materno (hemorragia grave, placenta previa, eclampsia, estrechez pelviana, distocia del cuello uterino). Cada indicación de cesárea debe ser precisa y justificada para que sea la mejor alternativa de salud de la madre y su hijo, evitando complicaciones que ponga en riesgo su vida.

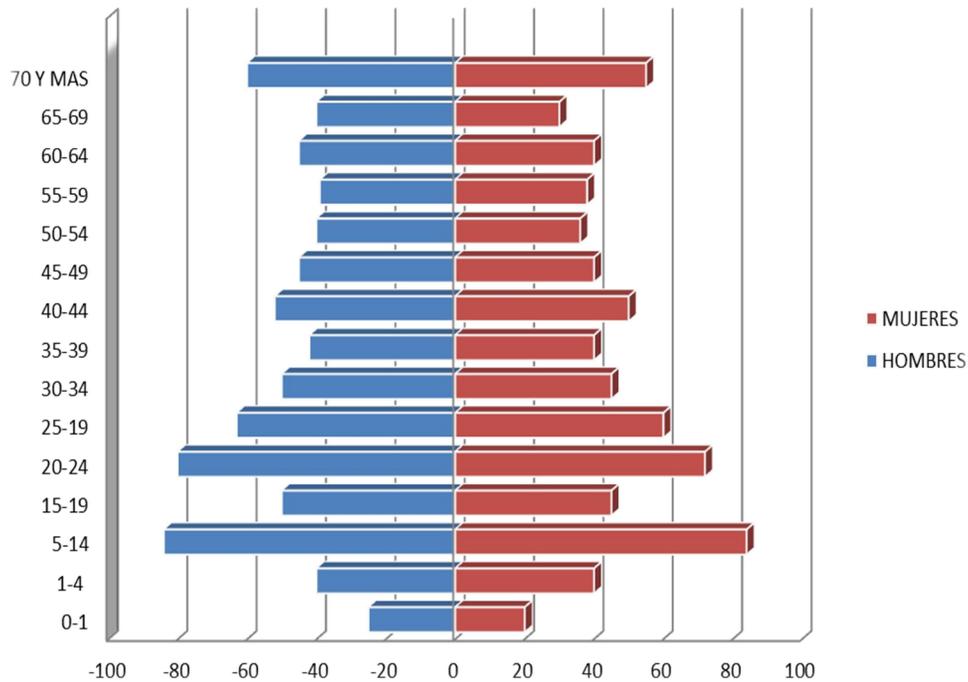
El aumento de la operación cesárea debe ser considerado como un problema de Salud pública, ya que la vigilancia epidemiológica en las estadísticas vitales de la atención médica tiene el propósito de la planificación y evaluación de los diversos programas de asistencia médica o la vigilancia del desarrollo en los servicios médicos del sector público.

La atención hospitalaria al parto se articula alrededor de la maternidad hospitalaria que se define, como el espacio en el que se ofrece asistencia multidisciplinar a la mujer, al recién nacido y a la familia en el parto y nacimiento. Las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia, para realizar la actividad.

IV.RESULTADOS

A continuación se muestra los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas a las usuarias en hospital de la comunidad de Xalitla para analizar la atención de parto y cesárea.

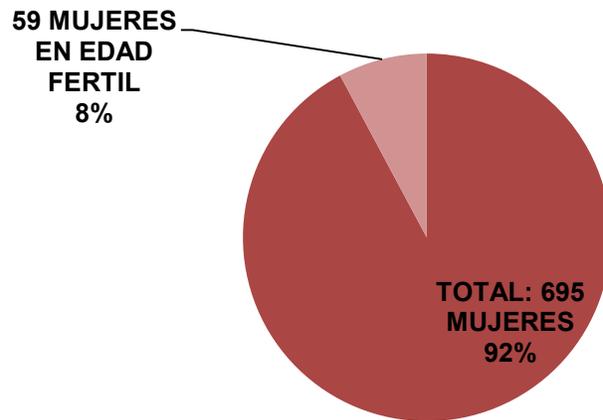
4.1 Grafica No.1 Pirámide poblacional



Fuente: estudio de comunidad de Xalitla

En la presente grafica se describe el número total de habitantes que son 1450 el cual está conformado por 695 mujeres que corresponde a un 47.93% y 755 hombres que corresponde a un 52.02%.

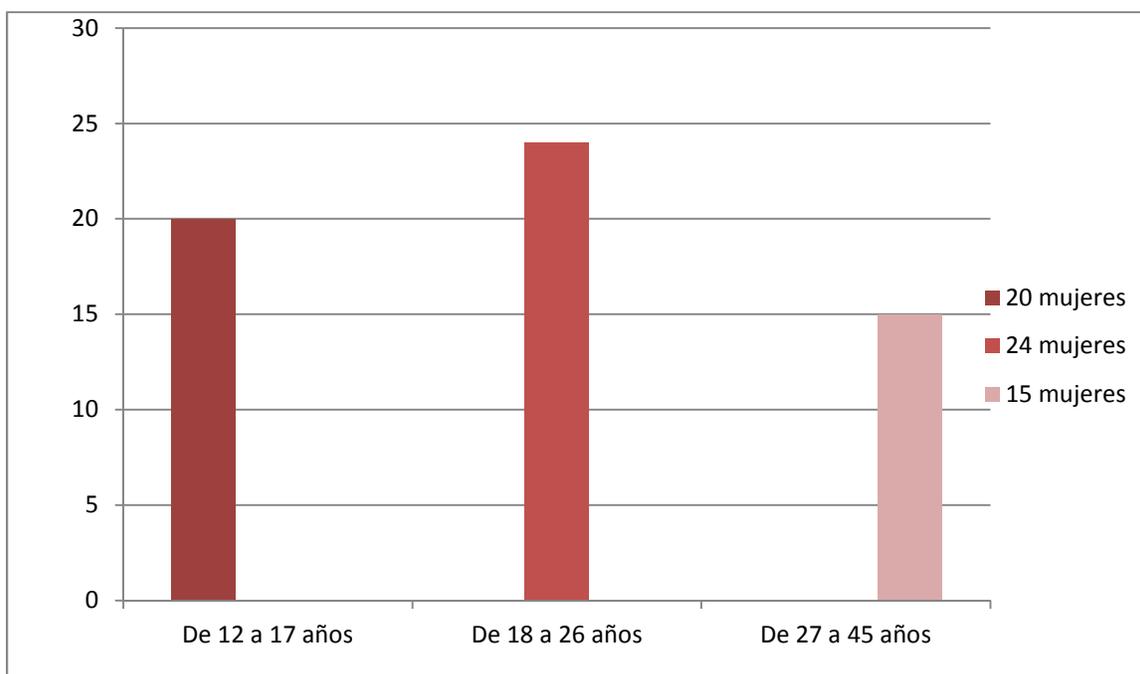
4.2 Grafico No.2 Mujeres en edad Fértil



Fuente: censo de la población de Xalitla

En la presente grafica observamos que de las 695 mujeres solo 59 se encuentran en edad lo que corresponde a un 8%.

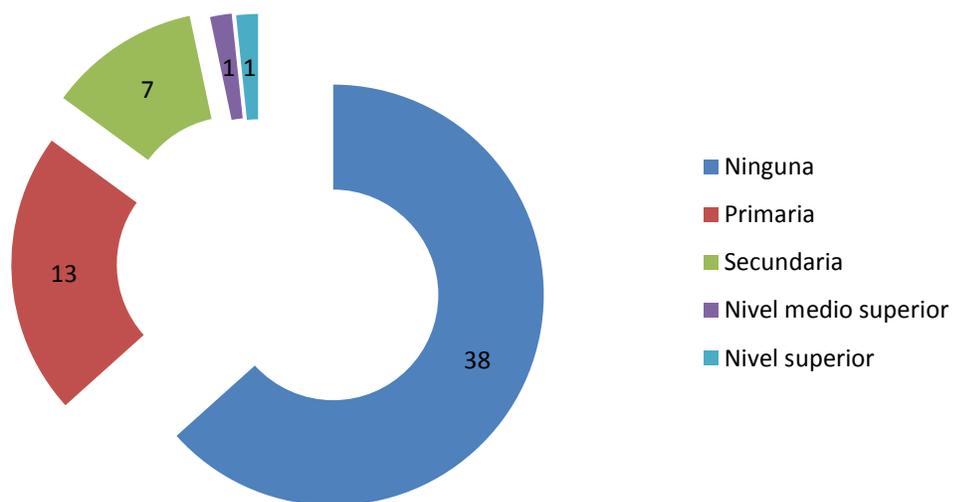
4.3 Gráfica.No.3 grupo de edades de las usuarias



Fuente: sistema integral de salud (SIS).

En la presente grafica observamos que de 18 a 26 años corresponde a un 3.45%, mientras que 12 a 18 años corresponde a un 2.87% y de 27 a 45 años corresponde a un 2.15%.

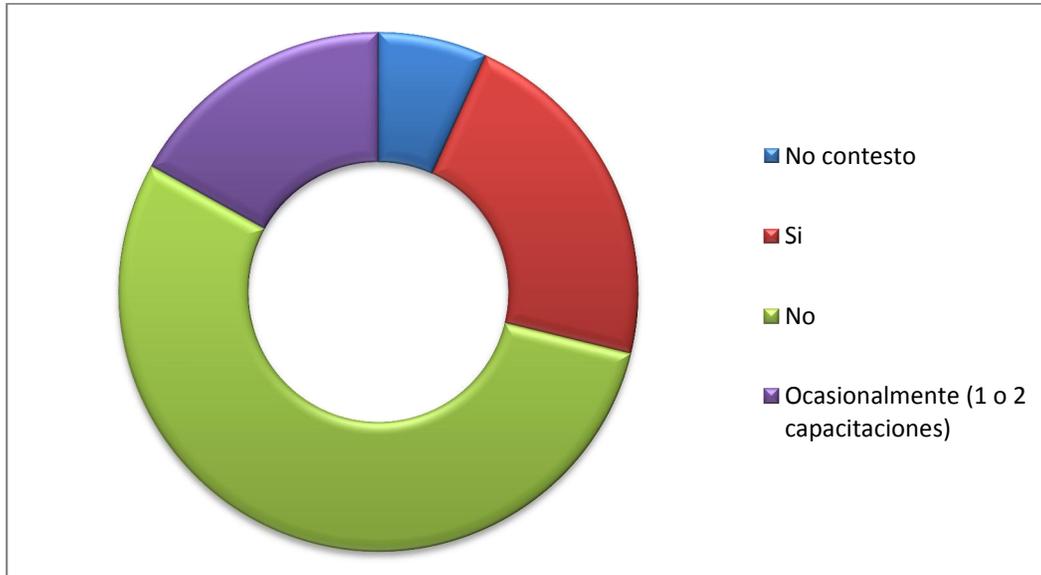
4.4 Grafica No.4 escolaridad



Fuente: instrumento de medición.

En la presente grafica observamos que la mayoría no tiene ninguna escolaridad lo que corresponde a un 5.46%, un 1.87% que cuentan con primaria, un 1.0% que cuenta con secundaria, mientras que a nivel medio superior y nivel superior corresponde a un 0.14%.

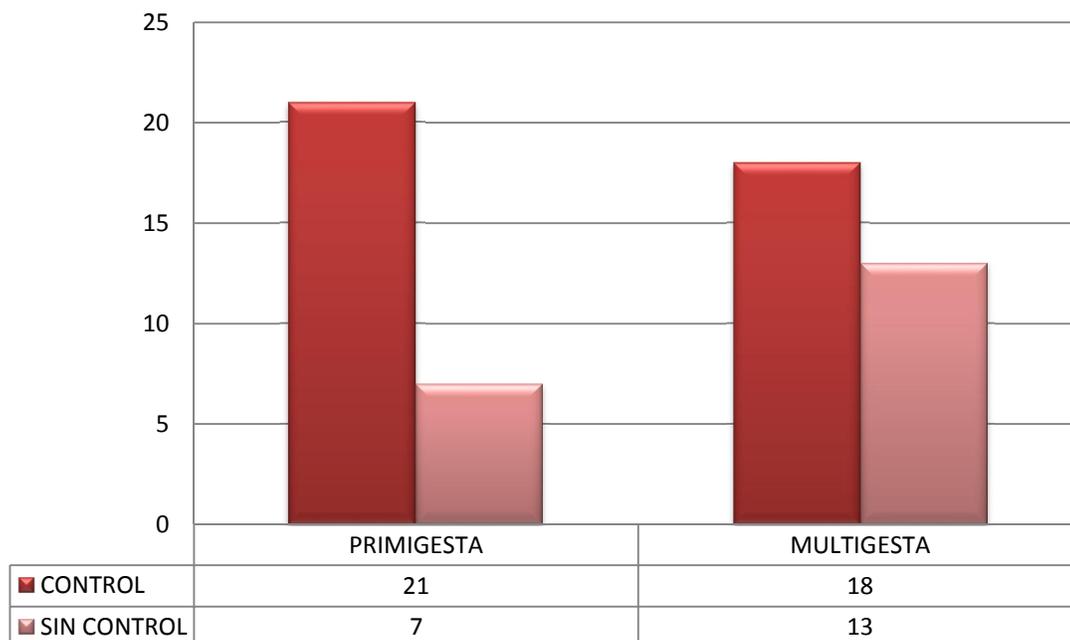
4.5 Grafica No.5 capacitaciones sobre el embarazo



Fuente: instrumento de medición.

En la presente grafica podemos observar que de las 59 usuarias 32 que corresponde a un 4.60% comentaron que no reciben capacitaciones, 13 usuarias que corresponde a 1.87% contestaron que si reciben capacitaciones, mientras que 10 usuarias que corresponde a 1.43% contestaron que ocasionalmente reciben capacitaciones, y 4 usuarias que corresponde 0.57% que no contestaron. Lo que nos indica que hay una gran controversia y no todas las usuarias asisten o no le toman interés a sus capacitaciones sobre el embarazo.

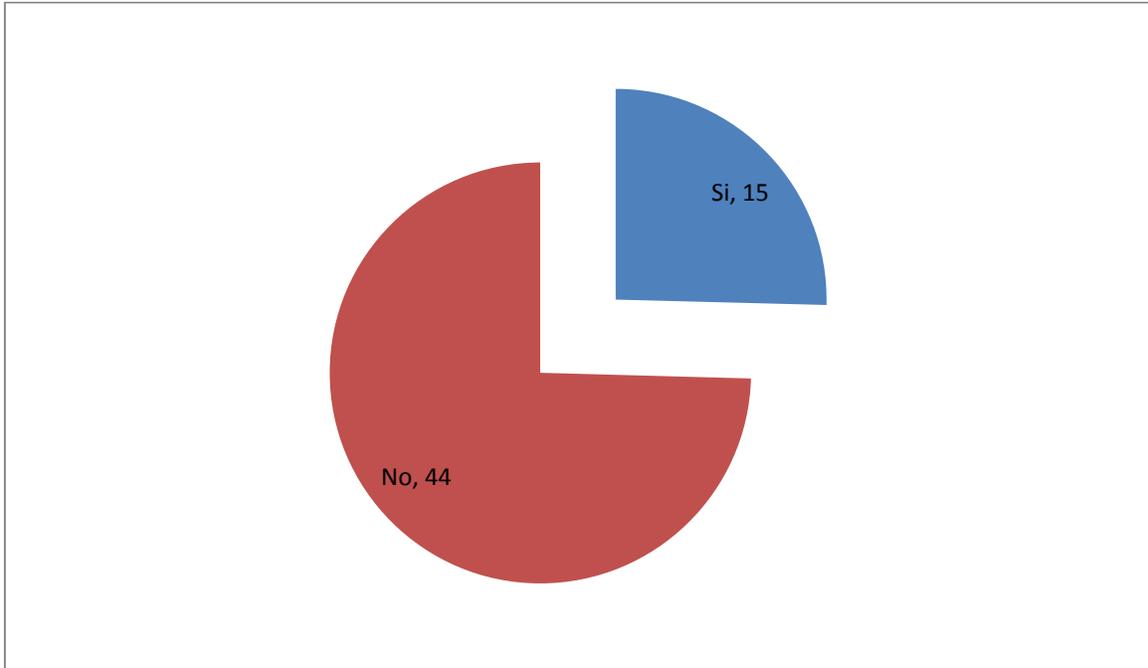
4.6 Grafica No.6 control prenatal.



Fuente: sistema integral de la salud (SIS).

En la presente gráfica observamos que el 35.5% son las primigestas llevan un control prenatal, mientras que el resto que corresponde a un 11.8% de las primigestas no llevan control prenatal. Las multigestas que llevan un control prenatal corresponden a un 30.5%, mientras que el resto corresponde a un 22% que no llevan un control prenatal. Lo que nos indica que la mayoría acuden a sus citas prenatales.

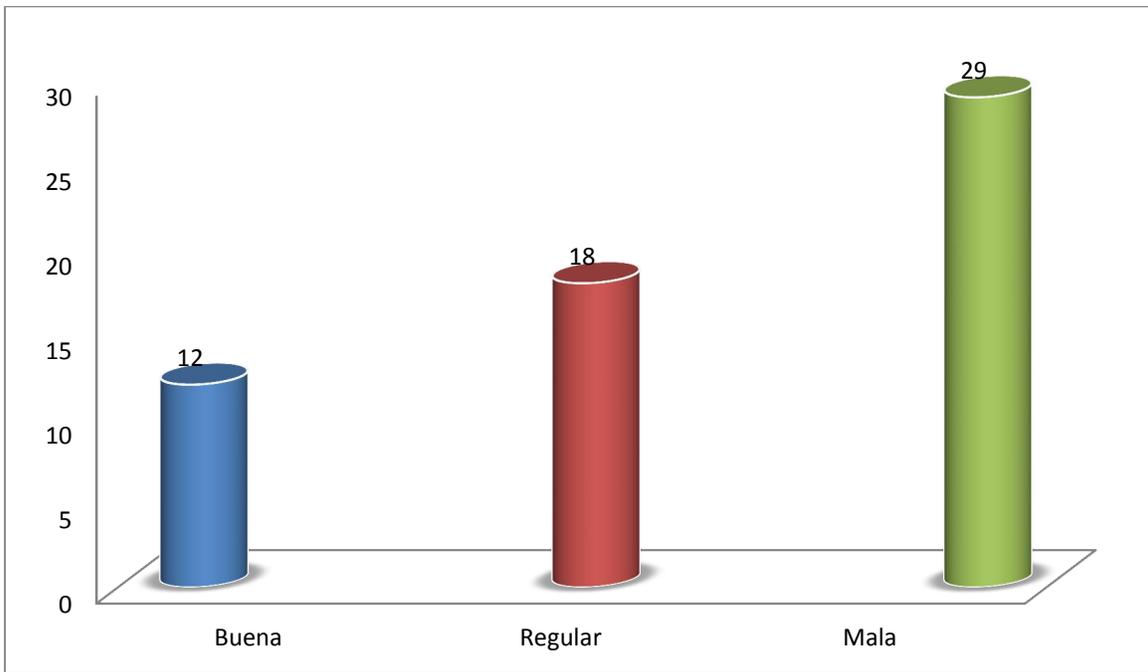
4.7 Grafica No.7 Conocimiento de riesgos durante el parto y cesárea



Fuente: censo de la población de Xalittle

En la presente grafica observamos que 44 usuarias que corresponde a un 6.33% desconocen cuáles son los riesgos durante el parto, el resto de las 15 usuarias que corresponde a 2.15 % dicen que sí

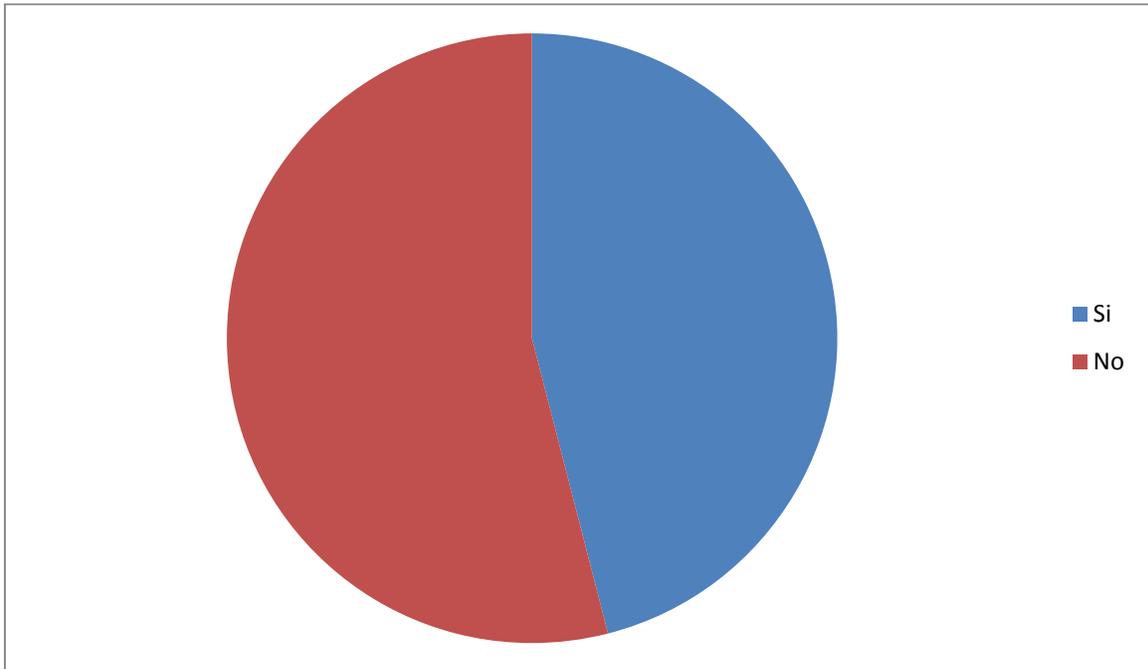
4.8 Grafica No.8 Como es la atención por parte del personal de enfermería



Fuente: instrumento de medición

En la presente grafica observamos que el 4.17% que corresponde a 29 usuarias que dicen tener una mala atención, un 2.58% que corresponde a 18 usuarias comentan tener una atención regular, y un 1.72% que corresponde a 12 usuarias nos dice que la atención es buena.

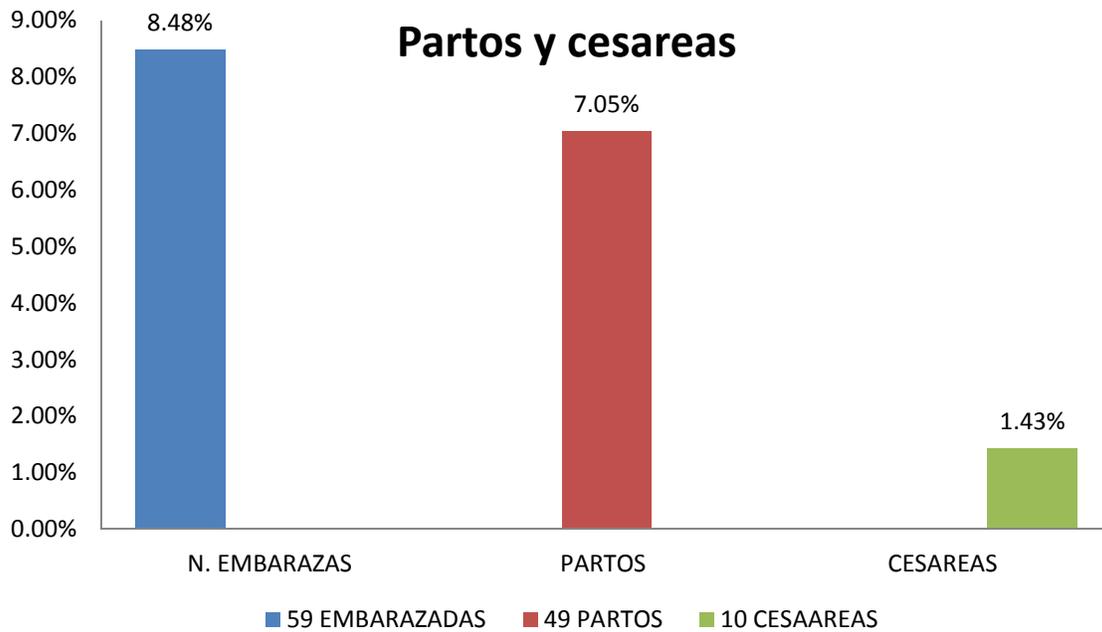
4.9 Grafica No. 9 Se atendería en el Hospital de la comunidad de Xalitla



Fuente: instrumento de medición

En la presente grafica observamos que el 3.88% corresponde a 27 usuarias que dicen que no se atenderías en el hospital y un 3.30% que corresponde a 23 usuarias que comentan que si se atenderían en el hospital de la comunidad de Xalitla.

4.10 Grafica No. 10 partos y cesáreas



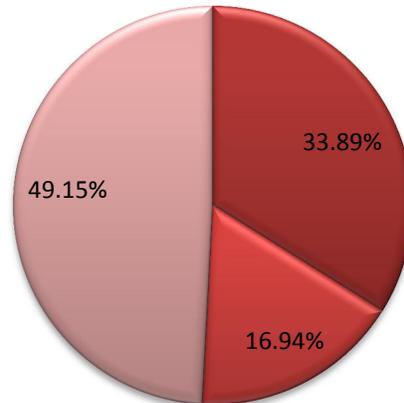
Fuente: Sistema integral de salud (SIS)

En la presente grafica observamos el número total de embarazadas que corresponde a 8.48% de las cuales un 7.05% nos dice que fueron por parto y el 1.43% nos dice que fueron por cesárea.

4.11 Grafica No. 11 porcentaje de atención en parto

PORCENTAJE DE ATENCION EN PARTO

■ PARTO ■ CESAREA ■ PARTOS EN OTROS HOSPITALES



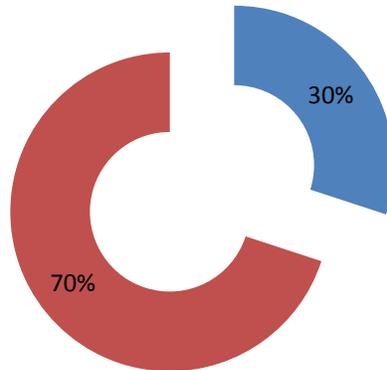
Fuente: sistema integral de salud (SIS)

En la presente grafica describe que 20 usuarias fueron atendidas en el hospital básico comunitario de Xalitla siendo un 33.89%, 10 usuarias fueron por cesárea siendo un 16.94% y 29 usuarias atendidas en otros hospitales siendo un 49.15% lo que nos muestra que la mayor parte de partos han decidido atenderse en otros hospitales

4.12 Grafica No. 12 cesáreas y traslados

cesareas

■ atendidas en el hospital ■ traslados

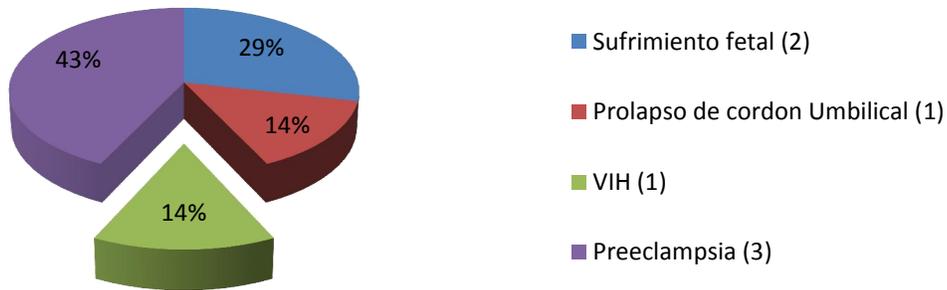


Fuente: Sistema integral de salud (SIS)

En la presente grafica describe que el 70% corresponde a 7 mujeres que fueron trasladados por diferentes motivos y un 30% que corresponde a 3 mujeres que fueron atendidas en el hospital básico comunitario de Xalitla

4.13 Grafica No. 13 Traslados (motivos de cesárea)

Motivos de cesarea



Fuente: Sistema integral de salud (SIS)

En la presente grafica describe que 30% corresponde a 3 mujeres que presentaron preeclampsia en el embarazo, un 20% corresponde a 2 mujeres que presentaron embarazo posttermino, un 10% que corresponde a 1 mujer con desproporción cefalopelvica, un 20% que corresponde a 2 mujeres que presentaron sufrimiento fetal, otro 10% que corresponde a 1 mujer que presento prolapso de cordón umbilical y otro 10% que corresponde a 1 mujer con VIH

Se realizaron 3 operaciones cesáreas las cuales fueron por las siguientes causas:

- Embarazo posttermino: es aquel que dura al menos 42 semanas de amenorrea cumplidas .9 este límite coincide con un aumento de la morbilidad y mortalidad perinatal (2 pacientes)
- Desproporción cefalopelvica :protrusión del cordón umbilical en el canal del parto por delante de la presentación fetal.se trata de una complicación fetal severa ,que se ve facilitada por todas aquellas circunstancias que que dificulten la adaptación perfecta de la presentación al estrecho superior de la pelvis y, a menos que pueda llevarse a cabo un parto rápido ,puede ocasionar la muerte fetal .(1 paciente)

Las cesáreas se realizaron en el hospital por que las usuarias contaban con los recursos para pagar el anesthesiólogo.

Traslados fueron: 7

Causas:

- Sufrimiento fetal: fenómeno que ocurre cuando por alguna razón el bebe intrauterino no recibe el oxígeno y/o el alimento adecuado para su normal desarrollo. Puede presentarse en dos variantes: agudo o crónico.(2pacientes)
- Prolapso del cordón umbilical: protrusión del cordón umbilical en el canal del parto por delante de la presentación fetal. Se trata de una complicación fetal severa ,que se ve facilitada por todas aquellas circunstancias que dificulten la adaptación perfecta de la presentación al estrecho superior de

la pelvis y, a menos que pueda llevarse a cabo un parto rápido, puede ocasionar la muerte fetal.(1 paciente)

- VIH: El VIH es un virus que ataca el sistema inmunitario del cuerpo. Si no se trata, puede causar serios problemas de salud e incluso la muerte. El tipo de parto (vaginal o cesárea), será aconsejado por el obstetra y dependerá de muchos factores, siendo la carga viral y CD4 para el VIH uno de los más importantes. (1 paciente)
- Preclampsia: Es un síndrome multisistémico del embarazo y puerperio, en el que se presenta una reducción de la perfusión sistémica generada por vaso espasmo y activación de los sistemas de coagulación. se presenta después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras dos semanas después. el cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial $>140/90$ mmhg y proteinuria ,es frecuente que, además se presente cefalea ,acufenos ,fosfenos ,edema, dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorios.(3 pacientes)

Con un total de 10 pacientes de las cuales 3 de ellas fueron operadas en el hospital de Xalitla ya que las pacientes si tenían los recursos para pagar anestesiólogo ya que el hospital no cuenta con anestesiólogo, el resto de las pacientes fueron trasladadas a hospitales más cercanos .

Traslado a Chilpancingo en los siguientes hospitales:

- Hospital general “DR .Raymundo Abarca Alarcón “
- Hospital de la Madre y del niño Guerrerense

Con una distancia de una hora y media a dos horas.

Traslados a Iguala en el Hospital General “DR. Jorge Soberon Acevedo “

Con una distancia de una hora.

El Hospital Básico Comunitario de Xalitla trasladó durante el periodo de agosto del 2017 del 2018, contó con un número de 59 embarazadas de las cuales 20 partos fueron atendidos en el mismo hospital, 29 partos fueron en otros hospitales.

10 cesáreas, 3 fueron atendidas en el hospital y 7 fueron trasladados

La mayoría de las pacientes no contaban con escolaridad ya que venían de poblaciones pertenecientes al municipio Tepecoacuilco de Trujano: Ameyaltepec, Ahuehuepan, San Juan Tetelcingo, Ahuelican, Analco, Maxela, Huitziltepec, Oapan.

A continuación se muestran los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas al personal de enfermería en estudio para determinar el nivel de conocimiento sobre atención de parto y cesárea por parte del personal de enfermería en el hospital básico comunitario de Xalitla en agosto del 2018.

4.1 Tabla No 1 Cargo de Enfermería

		Cargo de Enfermería			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Enfermera General	10	10.0	10.0	41.6
	EPSS	6	6.0	6.0	47.6
Válido	Auxiliar en enfermería	7	8.0	8.0	55.6
	Licenciatura	1	1.0	1.0	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimiento sobre atención de parto y cesárea por parte del personal de enfermería del Hospital Básico comunitario de Xalitla en agosto del 2018.

De los resultados obtenidos podemos observar que el 41.6% son enfermeros generales. Mientras que el 25% son pasantes de enfermería y el 33.3% son auxiliares de enfermería, y un 4.1% con licenciatura. Lo cual nos dice que el personal de enfermería pudiera tener los conocimientos óptimos para nuestro proyecto de investigación.

4.2 Tabla No.2 Género

		Genero			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	Femenina	19	19.0	19.0	79.1
	Masculino	5	5.0	5.0	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimiento sobre atención de parto y cesárea por parte del personal de enfermería del Hospital Básico comunitario de Xalitla en agosto del 2018.

De los resultados obtenidos el 79.1% es femenino y el 24.8% masculino, con lo cual la mayoría en esta encuesta resulta ser del sexo femenino. Lo cual nos dice que cabe la posibilidad de que al ser más alto el porcentaje en el género femenino se tenga más conocimiento ya que es el personal que más rota por esa área.

4.3 Tabla No.3 Edad

Edad				
Años	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
			válido	acumulado
23	3	3.0	3.0	3.0
24	3	3.0	3.0	6.0
25	1	1.0	1.0	7.0
26	3	3.0	3.0	10.0
30	2	2.0	2.0	12.0
31	1	1.0	1.0	13.0

32	1	1.0	1.0	14.0
34	1	1.0	1.0	15.0
38	3	3.0	3.0	18.0
40	1	1.0	1.0	19.0
41	2	2.0	2.0	21.0
45	1	1.0	1.0	22.0
50	1	1.0	1.0	23.0
Total	24	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimiento sobre atención de parto y cesárea por parte del personal de enfermería del Hospital Básico comunitario de Xalitla en agosto del 2018.

En los rangos de edad obtenidos en este estudio se encontró que la mayoría de estos está dentro del rango de edad de 23- 30 años con un 50% mientras que en los rangos de edades de entre 31-40 años y de 41-50 años se encuentran en un 50%. Lo cual nos dice que por tener este rango de edad mayoritario nos podría dar respuestas favorables por las experiencias adquiridas dentro de la unidad.

4.4 Tabla No. 4 Nivel de Estudios

		Nivel de Estudios			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Licenciatura en Enfermería	15	8.0	8.0	15.0
	Enfermera/o Especialista	1	1.0	1.0	16.0
	Técnica/o en Enfermería	8	15.0	15.0	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimiento sobre atención de parto y cesárea por parte del personal de enfermería del Hospital Básico comunitario de Xalitla en agosto del 2018.

Dentro de la gráfica del nivel de estudios se encontró que la licenciatura en enfermería predomina con un 15%, mientras que en enfermería/ o especialista se encuentra en un 1% y en técnicos en enfermería se encuentra un 8%. Al ser la mayoría de licenciatura nos dice que los conocimientos obtenidos podrían ser Óptimos.

4.5 Tabla No.5 conocimientos de equipo y material para la atención del parto y cesárea

Conocimiento de equipo y materias para la atención del parto y cesárea					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	No contesto	9	9.0	9.0	9.0
Válido	Si	3	3.0	3.0	12.0
	No	11	11.0	11.0	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimiento sobre atención de parto y cesárea por parte del personal de enfermería del Hospital Básico comunitario de Xalitla en agosto del 2018.

De acuerdo con los resultados obtenidos encontramos que el 45.83% que corresponde a 11 personas nos dice que no cuentan con suficiente materia, mientras que un 37.5 % no contestaron lo que corresponde a 9 personas, y un 12.5% nos dice que si cuentan con material y equipo lo que nos indica que hay una gran controversia.

4.6 Tabla No.6 Capacitaciones por parte de la atención de la institución

Capacitaciones por parte de la institución					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No contesto	1	1.0	1.0	1.0
	Si	3	3.0	3.0	4.0
	No	19	19.0	2.0	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimiento sobre atención de parto y cesárea por parte del personal de enfermería del Hospital Básico comunitario de Xalitla en agosto del 2018.

Respecto al tema de recibir capacitaciones por parte de la institución nos encontramos que un 79% comenta que, NO las reciben y un 8% dice que SI, mientras que un 13% No supo contestar, lo cual nos lleva a suponer que La mayoría del personal no se da el tiempo, para acudir a las capacitaciones.

4.7 Tabla No.7 Tiempo transcurrido entre capacitaciones por parte de la institución

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE CAPACITACIONES POR PARTE DE LA INSTITUCION					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No contesto	3	3.0	3.0	3.0
	1a 6 meses	4	4.0	4.0	7.0
	6 meses a 12 meses	7	7.0	7.0	14.0
	Más de un año	10	10.0	10.0	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimiento sobre atención de parto y cesárea por parte del personal de enfermería del Hospital Básico comunitario de Xalitla en agosto del 2018.

En la presente grafica se puede notar que existe una gran controversia entre el tiempo que se realizan las capacitaciones sobre atención al parto ya que un 41.66% dice que es un tiempo de más de 1 año , un 29% dice que es de 6 a 12 meses, un 16.66% dice que es de 1 meses a 6 meses y un 12.5% que no contesto , lo cual nos dice que no se tiene un conocimiento exacto sobre el lapso de tiempo que pasa entre conferencias, y que no todos acuden a todas las conferencias dadas de este tema.

4.8 Tabla No.8 Conocimiento del servicio de toco cirugía

Conocimiento del servicio de toco cirugía					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No contesto	3	3.0	3.0	3.0
	Si	4	4.0	4.0	8.0
	No	17	17.0	17.0	24
	Total	24	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimiento sobre atención al parto y cesárea al personal de enfermería del Hospital Básico comunitario de Xalitla en agosto del 2018.

En la presente grafica podemos observar que el 70.83% nos dice que no conocen el servicio de toco cirugía, un 16.66% comenta que si conocen el servicio, y un 12.5% no contestaron.

4.9 Tabla No.9 Conocimiento de normatividad y guías de práctica clínica en atención al parto

Conocimiento de normatividad y guías de práctica clínica en atención al parto					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No contesto	6	6.0	6.0	6.0
	Si	10	12.0	12.0	18.0
	No	8	6.0	6.0	24
	Total	24	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimiento sobre atención de parto y cesárea por parte del personal de enfermería del Hospital Básico comunitario de Xalitla en agosto del 2018.

En la presente tabla observamos que el 41.66% se conoce la normatividad en atención al parto, un 33.33% nos dice que no la conoce, y un 25% no contesto.

4.10 Tabla No.10 Conocimiento de etapas y mecanismos del parto

Conocimiento de etapas y mecanismos del parto					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No contesto	5	5.0	5.0	5.0
	Si	4	4.0	4.0	9.0
	No	15	15.0	15.0	24
	Total	24	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimiento sobre atención de parto y cesárea por parte del personal de enfermería del Hospital Básico comunitario de Xalitla en agosto del 2018.

En la presente grafica observamos que el 62.5% que corresponde a la mayor parte del personal, no dice que no tiene conocimiento, un 20.83% no contestaron y un 16.66% si tiene conocimiento.

4.11 Tabla No.11 Conocimientos de emergencias obstétricas

Conocimientos de emergencias obstétricas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No contesto	4	7.0	7.0	7.0
	Si	10	13.0	13.0	20.0
	No	10	4.0	4.0	24
	Total	24	100	100	

Fuente: Encuesta para identificar el nivel de conocimiento sobre atención de parto y cesárea por parte del personal de enfermería del Hospital Básico comunitario de Xalitla en agosto del 2018.

En la presente tabla observamos que un 41.66% si tiene conocimiento sobre emergencias obstétricas, un 41.66% no tiene conocimiento y un 16.66% no contesto

V.CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Los resultados de estudios relacionados muestran que existen demasiadas complicaciones, tanto usuarias como por parte del personal de enfermería. las complicaciones observadas se relacionan con los procedimientos y recursos utilizados para la atención del parto. Se encontró que las complicaciones maternas son las más frecuentes, aunque su distribución en cada sistema fue diferente. La mayor frecuencia de complicaciones maternas en el sistema hospitalario puede atribuirse al manejo inadecuado y a la utilización de tecnologías médicas innecesarias en la atención del parto por vía vaginal.

Los partos fueron atendidos por personal médico con diferente grado de especialización, sin que hubiera criterios que definieran el perfil o características de adiestramiento necesarios para su atención. El empleo indiscriminado de tecnologías puede aumentar el riesgo de complicaciones maternas y neonatales y, además, contribuir al encarecimiento del servicio. La complicación más frecuente fue el desgarro perineal, seguida por la infección o dehiscencia de la episiotomía. Aunque la posición de litotomía puede incrementar el riesgo de desgarros perineales, la causa principal de éstos es el manejo inadecuado del periné durante la fase expulsiva del parto.

Son escasos los estudios que evalúan los recursos y procedimientos utilizados por parteras tradicionales y sus ventajas y desventajas. Los pocos que lo han hecho han evaluado positivamente los masajes abdominales y la posición de cuclillas para el parto.

Desde luego, es necesario considerar las limitaciones de este estudio. Primero, fue pequeño debido a que se enfocó a evaluar la atención del parto por vía vaginal, el número de eventos observados, es decir, las complicaciones maternas y neonatales. Segundo, se realizó antes de que se estableciera la Norma Oficial

Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido y de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que suprimen procedimientos médicos rutinarios e innecesarios.

Sin embargo, los resultados encontrados son congruentes con los estudios que evalúan la tecnología médica y las prácticas de parteras tradicionales y sugieren la necesidad de llevar a cabo estudios que, como el presente, evalúen los recursos y procedimientos que cada sistema utiliza para atender el parto por vía vaginal y al recién nacido. Independientemente de que provengan de los saberes y prácticas tradicionales o de la medicina académica, es necesario identificar aquellos que por sí mismos o por su utilización incorrecta o indiscriminada representan un riesgo para la salud materno-infantil, así como aquellos que aseguran una atención con calidad y calidez, además de adecuada al contexto en el cual viven las mujeres.

De esta manera, este tipo de estudios contribuiría a una evaluación objetiva de los sistemas hospitalario y tradicional, la cual, cada estudio de carácter antropológico médico, permitiría valorar el importante papel que juegan las parteras en la salud materno-infantil, así como al diseño y evaluación de programas de capacitación, que consideren sus necesidades y prácticas, permitan su participación activa y den seguimiento a las acciones de supervisión y provisión de recursos. Finalmente, estudios de este tipo también podrían contribuir a evaluar el impacto de la Norma Oficial y de las recomendaciones de la OMS sobre la práctica médica y la propia capacitación de las parteras empíricas.

De acuerdo a los resultados obtenidos conforme al instrumento empleado en el hospital básico comunitario de xalita nos arroja que una población total de 1450 habitantes 695del género femenino siendo el 47.93%,de la cuales encontramos que 59 usuarias estaban embarazadas ,tomando como referencia su edad fértil de los 12 a los 45 años siendo el 8%(Grafica. 4.3)

Dentro de una de las respuestas como el caso de usuarias que reciben capacitación encontramos que el 59.32%(35 pacientes) reciben capacitaciones ocasionalmente asistiendo solamente a 1 a 2 capacitaciones con respecto a su embarazo, el 22.03%(13 pacientes.) Si recibe sus capacitaciones completas, el 6.77%(4 pacientes.) No reciben capacitaciones y el 11.86%(7pacientes) no contesto (Grafica 4.5).

Dentro de las respuestas encontramos que 28 usuarias eran primigestas llevando un control prenatal ,21 usuarias con el 35.59%y 7 no llevaron ningún control prenatal con el 11.86%.las multigestas 18 usuarias con un 30.50%que si llevaron un control prenatal y 13 usuarias que 22.03%que no llevaron control prenatal (Grafica 4.6)

De acuerdo en los resultados obtenidos en el instrumento empleado 59 usuarias atendidas en el hospital básico de Xalitla guerrero; 20 fueron atendidas por parto siendo 33.89%; a las 29 usuarias decidieron atenderse en otros hospitales siendo un 49.15%grficaNo 6)a las usuarias restantes se les realizo cesárea siendo 16.94%;de estas solo 3 usuarias se realizaron en esta institución y 7 usuarias se les traslado por diferentes motivos asentados en la (Grafica 4.11)

Dentro de una respuesta obtenida en el instrumento de medición a las usuarias encontramos que un 61.01%que corresponden a 36 usuarias, nos dicen que recibieron mal atención por parte del personal de enfermería.

El personal de enfermería del hospital básico comunitario de Xalitla cuenta con un total de 24 enfermeros de los cuales el 4.16%(1) es licenciado en enfermería, el 41.6%(10) son enfermeros generales, el 33.5%(7) son auxiliares en enfermaría y el 25%(6) son pasantes en enfermería (Tabla No4.1)

Al personal de enfermería no se le capacita con regularidad con forme a la norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto puerperio, y de la persona recién nacida y a las complicaciones correspondientes al embarazo ya que el 41.66%no ha recibido capacitaciones más de un año, el 29%en más de 6 meses y el 16.66%de 1 a 6 meses (TablaNo4.6). Siendo esto un dato alarmante ya que con estos resultados observamos que en las instituciones de la salud se necesita un calendario establecido para capacitaciones .repercutiendo esto en la comunidad ya que la interculturalidad muchas ocasiones en lugar de ser una herramienta de trabajo es punto desfavor para poder brindar los servicios de salud a la comunidad.

Sugerencias

- Evaluación de la labor y actitud del personal de enfermería
- Fomentar la atención a mujeres embarazadas en el hospital básico comunitario de Xalitla
- Reforzar la capacitación a usuarias sobre el embarazo y sus posibles complicaciones.
- Fomentar el control prenatal para obtener una mejor vigilancia en el binomio madre e hijo, ya que esto evitaría posibles consecuencia.
- Evaluar de manera individual cada uno de los turnos en el hospital básico comunitario de Xalitla para hacer un análisis de conocimiento más a fondo y detección del nivel de conocimiento por parte del personal para poderlos capacitar de manera individual.
- Reforzar conocimiento de 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 y complicaciones en el embarazo al personal del hospital básico comunitario de Xalitla.
- Reforzar a las 8 acciones esenciales para la seguridad del paciente

VI. Bibliografía

Apaza-Romero, D., Celestino-Roque, S., Tantalean- Susano, K., & Herrera-Tello, M (2014). RPE, 6.

Bejarano. I. J.D. (01 de junio de 2005). Obtenido de:

http://www.researchgate.net/profile/Emma_Alfaro/publication/228804974_Evolucion_de_la_prevalencia_de_sobrepeso_obesidad_y_desnutricion

Botero J, Jubiz y Henao G (2015). Obstetricia y ginecología 9° Edición Colombia: CIB.

Carvajal. JA, Ralph. C (2017). Manual de Obstetricia y Ginecología.

Conceptos Básicos del embarazo prolongado. (2005). Rev. Med. U.

Cunnigham. F, Dashe. S. (2017) Williams Obstetricia 24° edición.

Departamento de Integración de Ciencias Médicas. (S.f.). Obtenido de DICm:https://www.academia.edu/36927313/ATENCI%C3%93N_DE_PARTO_DEPARTAMENTO_DE_INTEGRACI%C3%93N_DE_CIENCIAS_M%C3%89DICAS_CENTRO_DE_ENSE%C3%91ANZA_Y_CERTIFICACI%C3%93N_DE_APTITUDES_M%C3%89DICAS

Estudio de Comunidad del Hospital Básico Comunitario de Xalitla. (2018).

Federal, G. (s.f.). Guías de Práctica Clínica. Obtenido de intervenciones de enfermería en pacientes con preclampsia/Eclampsia:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/586_GP_C_Enfermeriaenpreeclampsia/586GRR.pdf

Guana, M. (2009). Enfermería Ginecoobstetricia. México: Mc Graw Hill.

Guía de Práctica Clínica 048. (Actualización 2014). Obtenido de centro nacional de excelencia tecnológica en salud:

http://www.cenetc.salud.gob.mx/gpc/CatalogoMaestro/048_GPC_Cesarea/MSS_048_08_GRR.pdf

Gutiérrez. (Octubre, 2012). Sitio web. Recuperado el 2008 de:

<http://www.revista.unam.mx/vol.16/num5/art34/>

Hospitales Básicos Comunitarios. (2012). Educación y cultura.

J.V., R. (2008). Prolapso de Cordón Umbilical. Obtenido de:

[http://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20-35%20\(2008\).pdf](http://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20-35%20(2008).pdf)

Naranjo, G. C. (Enero de 2013). Indicación de parto y cesárea debido a desproporción cefalopelvica factor fetal o macrostomia y su relación con la antropometría del recién nacido en el servicio de ginecología del hospital Enrique Garcés durante el año 2013.

NATALBEN. (2019). Obtenido: <http://www.natalben.com/>

Salud, S.D. (2016). Guía de implementación

Secretaria de Salud. (2016). 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. Obtenido de:

<http://www.salud.gob.mx./unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

Silva, S.S. (interprete). (2016). Análisis de la percepción de las puérperas sobre la atención del parto humanizado, hospital materno infantil comodoro Meisner.

Valdés, V. L. Morlans, X.H. (2005). Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. Revista chilena de obstetricia y ginecología.

ANEXO "A" INSTRUMENTO DE MEDICION



**CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A quien corresponda.

Al informar este documento, doy mi consentimiento para participar en la investigación analizar atención de parto y cesarea en el hospital básico comunitario de Xalitla, Gro. Recibí la explicación de los objetivos del estudio de forma general y la importancia que tiene la presente investigación.

Se me ha notificado que mi participación es voluntaria y que aun después de iniciada puedo reusarme a responder alguna pregunta o darla por terminada en cualquier momento, el cuestionario será de carácter anónimo y solo será registrado con un número de folio.

Los resultados podrán ser difundidos de manera general, protegiendo la individual y anonimato de las personas, por lo que estamos de acuerdo en participar y expresamos nuestro consentimiento firmando esta carta.

Firma del encuestador

Nombre y firma del paciente

FECHA _____

ANEXO "B" INSTRUMENTO DE MEDICION



**CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

Cuestionario para determinar la opción de atención en el Hospital Básico Comunitario de Xalitla.

El presente cuestionario tiene como finalidad determinar la opción de la atención sobre en el Hospital Básico Comunitario de Xalitla en agosto 2018, por esta razón necesitamos su apoyo contestando las siguientes preguntas, así que le pedimos contestar con la mayor discreción posible , las respuestas que usted proporcione serán de manera confidencial.

FOLIO _____ Sexo _____ Edad _____

1. Estado civil:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Unión libre
- d) viuda

2. Escolaridad:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Nivel medio superior
- d) Nivel superior

3. Estado nutricional:

- a) Bueno
- b) Malo
- c) Regular

4. Ocupación:

5. Antecedentes de enfermedades:

- a) Diabetes mellitus
- b) Hipertensión arterial
- c) cáncer

6. Inicio de vida sexual

7. Embarazo deseado:

- a) Si
- b) No

8. Consume alcohol o algún tipo de droga:

- a) Si
- b) No

9. Conoce los riesgos durante el embarazo y parto:

- a) Si
- b) No

10. Numero de gesta:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5 o mas

11. Antecedentes obstétricos:

- a) Partos
- b) Cesáreas
- c) Abortos

12. Conoce métodos de planificación familiar mencione cuales:

13. ¿Utilizará algún método de planificación familiar sí o no y por qué?:

14. ¿se atendería usted en este hospital?

15. ¿La atención por parte del personal de enfermería es bueno o mala?

16. maneja usted su control prenatal en este hospital

17. ¿en el momento de su parto usted se atendería en este hospital?

- a) Partera
- b) Hospital Básico Xalitla
- c) Otro hospital

“ANEXO C” INSTRUMENTO DE MEDICION



**CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

Cuestionario para determinar el nivel de conocimientos en la atención del parto en el Hospital Básico Comunitario de Xalitla.

El presente cuestionario tiene como finalidad determinar el nivel de conocimientos en la atención sobre en el Hospital Básico Comunitario de Xalitla en agosto 2018, por esta razón necesitamos su apoyo contestando las siguientes preguntas, así que le pedimos contestar con la mayor discreción posible , las respuestas que usted proporcione serán de manera confidencial.

FOLIO _____ Sexo _____ Edad _____

1. Grado de estudios

Pasante de enfermería

Auxiliar de enfermería

Técnico en enfermería

Enfermera general

Licenciada en enfermería

2. Conoce usted el servicio de toco cirugía

Si

No

3. ¿Conoce usted la normatividad de la atención de parto?

NOM 07 NOM022 NOM87 NOM04

4. ¿Conoce usted las guías de práctica clínica para la atención de un parto?

Si

No

5. ¿Conoce usted los signos de alarma en las embarazadas?

6. ¿Cuáles son las etapas del parto?

7. ¿Cuáles son las fases en la que se divide la primera etapa del trabajo de parto?

8. ¿Cuáles son las dos fuerzas que participan en la segunda etapa del parto?

9. ¿A qué se le conoce como mecanismo de parto?

10. ¿Cuáles son los mecanismos de parto?

11. Conoce usted que procedimiento corresponde a la emergencia obstétrica

Si

No

ANEXO "D" Figuras

MANIOBRAS DE LEOPOLD (Figura.No2)



1ra maniobra: Evalúa la altura del fondo uterino



2da maniobra: Evalúa la posición fetal



3ra maniobra: Evalúa la presentación fetal

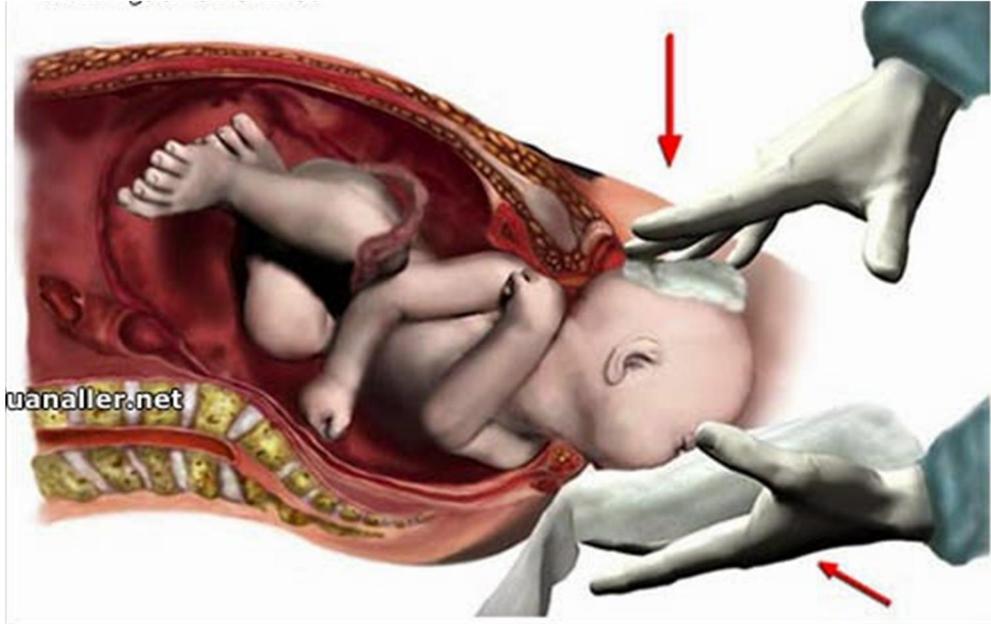


4ta maniobra: Grado de encajamiento

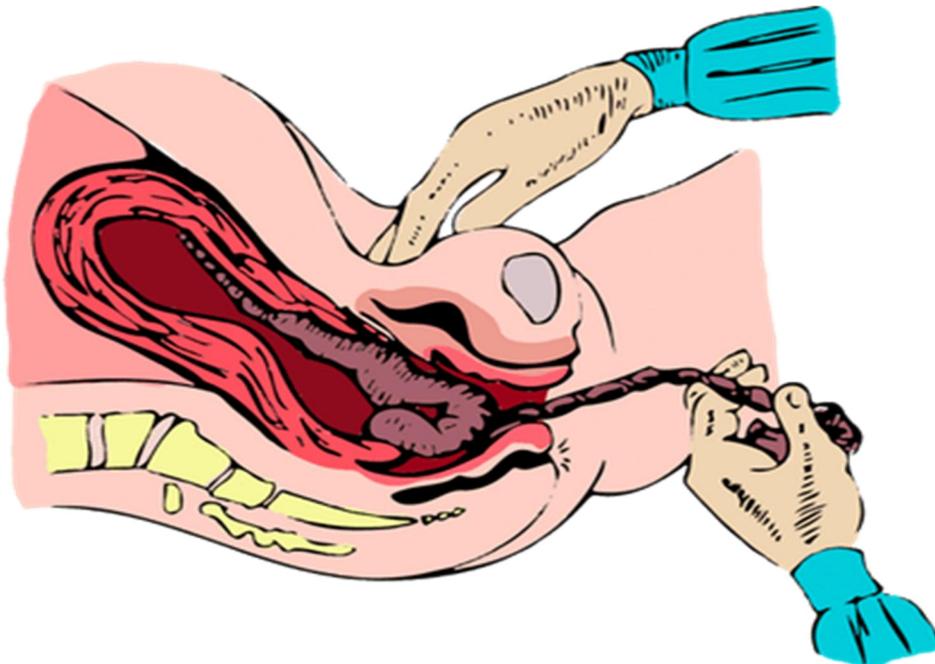
Lo que presentamos fue únicamente con fines informativos. Siempre debes consultar a un profesional de la salud si tienes alguna inquietud médica.

SPOTLIGHT Med

Maniobra de ritgen (Figura No.3)

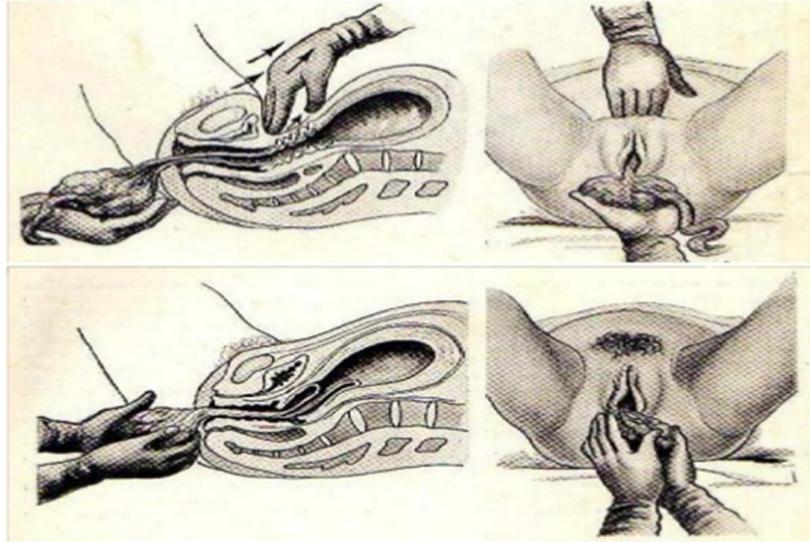


Maniobra de brandt andrews (Figura No.4)



Maniobra de Dublín (Figura No. 5)

- *Maniobra de Dublín:* Tras la placenta, las membranas no plantean dificultades salvo la posibilidad de desgarro. La manera de poder evitarlo es la de enroscar las membranas sobre sí mismas por un movimiento de torsión de la placenta y a la vez, se anima a la mujer a levantar las nalgas para facilitar la extracción.



EXPULSIÓN DE LA PLACENTA Y ANEXOS

Se realiza espontáneamente (efecto de la gravedad) y, a veces puede requerir maniobras de ayuda. Los esfuerzos maternos son poco potentes. También contribuyen positivamente las contracciones perineales reflejadas por distensión del útero (inspección vaginal y perineal).

HOSPITAL COMUNITARIO DE XALITLA



ENTRADA PRINCIPAL



ENTRADA DEL HOSPITAL



CONSULTORIO DE GINECOLOGIA



AREA DE VACUNACION



AREA DE URGENCIAS



AREA DE CURACIONES



AREA DE CEYE



AREA DE TOCO



AREA DE QUIROFANO

