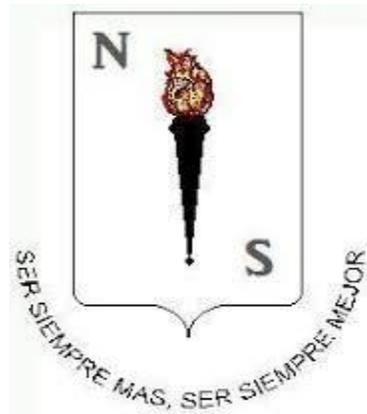


**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

CLAVE: 8722



TESIS

**LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA AL PARTO DESDE LA
PERSPECTIVA DE MARGARET JEAN HARMAN WATSON.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
MARGARITA LIZBETH GARCÍA MENDOZA**

**ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO**

MORELIA, MICHOACÁN.2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis padres: por ser el gran soporte de mi vida tanto académica, familiar, laboral y emocional, por ser quienes me apoyaron en todo momento y me motivaron para alcanzar otro escalafón más en mi vida, agradezco a ellos por ser mi gran fortaleza en momentos de flaqueza y sobre todo por confiar en mí en todo momento.

A mis hermanos: por ser mi motivación día con día, quienes me infunden ganas de querer ser mejor persona, para verlos salir adelante y superarse como personas exitosas.

A mi tío Víctor F. Mendoza Morales porque sin su ayuda no hubiese sido posible cursar la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia, agradezco por su importante apoyo no solo en lo económico sino en lo espiritual y emocional. Y en general a todos mis tíos que estuvieron al pendiente sobre mis necesidades, en diversos ámbitos.

A mis abuelos: debo agradecer por todos los momentos en que estuvieron presentes dándome ánimos, por su esfuerzo diario y el apoyo incondicional que me brindan.

A mis amigos: a todos aquellos hermanos que estuvieron siempre cerca de mí, dándome ánimos de seguir adelante a pesar de lo difícil que se tornaran las circunstancias en lo académico o en lo familiar.

A la Hermana Gloria Osornio por darme su voto de confianza y aceptarme en su institución a pesar de cuán difícil fuese mi situación familiar; por ayudarme y ser un soporte en mi estadía académica.

A la directora académica Marta Alcaraz por ser un ejemplo a seguir desde el primer día, por velar por todas y cada una de las generaciones de la escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud.

DEDICATORIAS

Este documento lo dedico a Dios por darme la fuerza para seguir de pie a pesar de las adversidades, a todas esas personas que me aprecian, que supieron lo difícil que fue alcanzar este logro en mi vida, a mis padres María Celia Mendoza Morales y José Nicolás García Mendoza, agradezco todo el esfuerzo que día con día realizan para verme salir adelante, a mis hermanos Regina y Emmanuel por ser mi mayor motor en la vida, a mis abuelos que son mi orgullo y mi reflejo, por quienes quiero ser una profesional, una mujer independiente, una nieta ejemplar, a mis tíos y tías por ayudarme en todo momento, por preguntar con tanta emoción las anécdotas más importantes que vivía al momento tanto en el internado y la práctica clínica a todos mis amigos cercanos quienes me dieron palabras de motivación aun sin pedirlos y en el momento que más lo necesite.

INDICE

1.-INTRODUCCIÓN.....	1
2.-MARCO TEORICO	4
2.1.-VIDA Y OBRAS DEL AUTOR O TÓRICO.	4
2.2.- INFLUENCIAS	12
2.3 HIPOTESIS	12
2.4 JUSTIFICACIÓN.....	13
2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2.6 OBJETIVOS	14
2.6.1GENERAL	14
2.6.2 ESPECÍFICOS	14
2.7 MÉTODOS A UTILIZAR	15
2.8 VARIABLES	15
2.8.1 CLASIFICACIÓN DE VARIABLES	15
2.9 ENCUESTAS.....	16
2.9.1 ENCUESTA “A”	16
2.9.3 ENCUESTA “B”	21
2.10 GRAFICADO	24
2.10.1 GRAFICADO ENCUESTA “A”	24
2.10.2 INTERPRETACIÓN ENCUESTA “A”	25
2.10.3 GRAFICADO DE ENCUESTA “B”	26
2.10.4 INTERPRETACIÓN ENCUESTA “B”	27
3.- CONCEPTUALIZACIÓN	28
3.1EL RITUAL MÍSTICO DE EMBARAZO Y PARTO EN EL MÉXICO PREHISPÁNICO “HISTORIA DE MEXICO”	34
3.1.1 PARTERAS TRADICIONALES	36
3.2 CUIDADO	38
3.3 PARTO Y PUERPERIO	39
3.3.1DEFINICIÓN DE PARTO	39
3.3.2 DEFINICIÓN DE PUERPERIO Y SU CLASIFICACIÓN	41
3.3.3DEFICINICION DE PARTO HUMANIZADO.....	42

3.4 PANORAMA DE SALUD MATERNA EN MÉXICO.....	42
3.5 ESTADÍSTICAS Y TAZA DE MORBILIDAD	44
3.6 MORBILIDAD MATERNA.....	46
3.6.1 MORBILIDAD MATERNA GRAVE.....	47
3.6.2 INDICADORES DEL PLAN PARA ACELERAR LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA GRAVE, DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) 2014	47
3.7 CAUSAS PREVENIBLES DE MUERTE MATERNA.....	48
3.8 PROGRAMAS CONTRA LA MUERTE MATERNA EN MÉXICO	49
3.9 OBJETIVOS DEL MILENIO	54
3.9.1 OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE RELACIONADOS CON LA SALUD	56
3.10 MORTALIDAD MATERNA EN ZONAS RURALES.....	56
3.11 FACTORES SOCIALES EN LA MORTALIDAD MATERNA	57
4.- EMBARAZOS EN LOS EXTREMOS DE LA VIDA Y SU RELACIÓN CON EL PARTO.	58
4.1 PARTOS PROLONGADOS	59
4.2 ESTRECHEZ PÉLVICA	61
4.3 DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA DCP	62
4.4 EVENTO TROMBO EMBOLICO	62
4.5 HIDRAMNIOS (POLI HIDRAMNIOS) Y OLIGODRAMNIOS.....	63
4.6 PERIODO INTER GENÉSICO	65
4.7 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS RPM	66
4.8 ACRETISMO PLACENTARIO.....	67
4.10 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS EN EL EMBARAZO	70
5.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	73
5.1 INTERROGATORIO	73
5.2 TRIAGE OBSTÉTRICO	77
5.3 DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE RIESGO OBSTÉTRICO	82
5.4 EXAMINACIÓN.....	85
5.5 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO QUE DESENCADENA EL TRABAJO DE PARTO	86
5.5.1 INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO.....	86
5.6 CUIDADO INTEGRAL EN EL TRABAJO DE PARTO	89
5.7 NORMA 007.....	93
5.7 EPISIOTOMÍA Y EXPULSIÓN	122

5.8 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE LA SALA DILATANTE	128
5.9 ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA OBSTETRA EN LA SALA DE EXPULSIÓN	130
5.10 CUIDADOS QUE LA ENFERMERA OBSTETRA DEBERÁ DE REALIZAR EN ÁREA DE RECUPERACIÓN	139
6.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO INMEDIATO	140
6.1 NORMA 045.....	142
6.2 VIGILANCIA DE CONSTANTES VITALES	157
6.3VIGILANCIA Y CUIDADOS DE EPISIOTOMÍA.....	158
6.4 SEPTICEMIA PUERPERAL	159
6.5 RIESGO DE CAÍDAS	161
6.6 FARMACOLOGÍA CLÍNICA	165
6.7 TOLERANCIA A LA VÍA ORAL.....	168
6. 8 ELIMINACIÓN.....	168
6.9DEAMBULACIÓN TEMPRANA.....	169
7- COMPLICACIONES DURANTE LAS PRIMERAS HORAS POSPARTO	169
7.1EXAMINACIÓN INDISPENSABLE EN LAS PRIMERAS HORAS POSPARTO.....	169
7.2HEMORRAGIAS.....	171
7.3 ATONÍA UTERINA.....	175
7.4 ALTERACIONES EMOCIONALES Y PSICOLÓGICAS.....	178
7.5 TRISTEZA POSPARTO	181
7.6 LACTANCIA MATERNA INEFICAZ	182
7.7 FALTA DE APOYO FAMILIAR	184
8.0 PROMOCIÓN DE SALUD	186
8.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO	186
8.2 CONTROL PRENATAL	189
8.3PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA	192
8.4 ESTUDIO DE CASO “MEDICINA PREVENTIVA EN LA MUJER” A.C-HNSS.....	196
8.5PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA	196
8.6 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	196
8.7 TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO.....	197
8.8 ACCIONES A REALIZAR EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN CIUDADANA- “MEDICINA PREVENTIVA EN LA MUJER” AC-MPM.	198

8.9 MUESTREO Y CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	203
8.10 PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	203
8.11 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	204
9.-CONCLUSIÓN.....	204
10.-BIBLIOGRAFIA	207
11.- GLOSARIO.....	217
12.- ANEXOS	219

1.-INTRODUCCIÓN

El parto como proceso comprende de una serie de etapas mediante las cuales la mujer expulsa el producto de la concepción, desalojándolo del útero a través del canal vaginal y así poniéndolo en contacto con el mundo exterior. Es en ese momento donde el binomio madre-hijo necesitan compañía y un entorno emocional y social de apoyo y respeto.

La atención brindada por los integrantes del equipo de salud durante el parto se debe complementar entre el conocimiento de las evidencias científicas y la adquisición de destrezas a través de la práctica clínica; esto quiere decir que el personal de salud en general, no solo de enfermería, debe de brindar una atención integral y de calidad no solo en base a conocimientos científicos sino con aptitudes que agilicen el trabajo de parto, prevean posibles complicaciones, se preocupen por el bienestar de la mujer en situación de vulnerabilidad y logre una resolución de problemas sin afectar el estado físico y emocional de la madre.

El cuidado humanizado interfiere y ejerce una función importante en la duración y calidad del parto. La atención obstétrica de calidad y calidez es un derecho de las mujeres, dicha atención debe ser equitativa, oportuna, resolutive y eficaz.

Una mujer temerosa y angustiada puede sentirse muchas de las veces tensa y/o con dificultades para controlar sus emociones y a su vez esto interferirá con sus contracciones útero- tónicas, lo que puede provocar que el trabajo de parto sea más largo, temeroso y agotador. La tensión durante el proceso de parto es una respuesta natural a las contracciones del útero, sin embargo, si no es bien manejada produce agotamiento, fatiga, así como reducción del oxígeno, lo que afectara no solo a la madre sino al producto.

El presente trabajo de investigación se realizó a raíz de las observaciones que se llevaron a cabo durante la práctica clínica de enfermería referente al servicio

ginecología y obstetricia, indagando acerca de la satisfacción que presentan las mujeres durante la atención hospitalaria en el proceso del embarazo, parto y puerperio.

El presente documento fue visualizado con la perspectiva de Margaret Jean Harman Watson profesora de enfermería y presidenta fundadora de la ciencia del cuidado en la escuela de enfermería de la universidad de colorado, autora de la teoría “Del cuidado humano”.

Margaret define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.

Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta.

El primer capítulo de este documento contiene un poco de la historia de México, los orígenes de las matronas, los partos en la época prehispánica, ahí se puede vislumbrar el cambio hasta el momento actual de cómo era la atención del embarazo, el parto y el puerperio. Contiene también un resumen del estado actual y estadística de la morbi-mortalidad materna y conceptos básicos para adentrarnos en el tema central que es la intención del servicio de enfermería y parto humanizado en el parto y puerperio inmediato.

En el segundo capítulo se encuentran contenidos las principales causas de fallecimientos maternos en las etapas antes mencionadas. Patologías propias del embarazo que la enfermera obstetra como personal calificado debe conocer, así como los tratamientos y cuidados adecuados de estas patologías para reducir al máximo la mortalidad materna.

Como tercer capítulo tenemos intervenciones, actividades y cuidados de enfermería durante el trabajo de parto, recomendando apegarse en medida de lo posible a las

recomendaciones de las guías de práctica clínica, como lo es la Norma Oficial 007-SSA-2 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, sin olvidar también todas las guías contenidas en esta con relación a la atención de la mujer.

Muchas de las veces a pesar del esfuerzo del personal de salud se presentan complicaciones inminentes durante el parto o el puerperio, por lo que es indispensable conocer las principales complicaciones que se llegan a desencadenar durante y sobre todo después del parto; el puerperio inmediato debe de vigilarse estrechamente, fortaleciendo la comunicación con la madre. Dichas actividades para un diagnóstico temprano de diversos eventos adversos se encuentran en el cuarto capítulo de este trabajo de investigación.

Y, por último, pero no menos importante se abordó un tema bastante trascendental. Las actividades de la enfermera enfocada a la promoción de la salud en la madre y del recién nacido. En los capítulos cinco y seis se describen las intervenciones de educación, promoción y control de la salud perinatal.

Como complemento de la promoción de salud se buscó hacer un diagnóstico de que tanto porcentaje del personal de enfermería busca elaborar un correcto proceso de parto humanizado. Que tanto cuanto realizan la promoción de salud y la educación perinatal con la madre y con su entorno inmediato.

El presente estudio pretende determinar la humanización que brinda el personal de enfermería a la mujer durante el trabajo de parto en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud y así lograr mejorar esa parte en las alumnas y el personal de enfermería. La población del estudio fueron las usuarias que se encontraron en el puerperio inmediato, la recolección de datos se realizó con 20 usuarias a través de un instrumento que consta de 10 preguntas utilizando una escala de Likert.

Los datos obtenidos se reportaron en graficados e interpretaciones de las mismas. Llegando a conclusiones contundentes y datos cuantitativos que dan respuesta a las interrogantes no solo de las mujeres en puerperio inmediato, sino también de 30

enfermeras encargadas del servicio de ginecobstetricia y unidad toco quirúrgica. De las cuales 5 fueron enfermeras tituladas de la licenciatura en enfermería, 5 pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia y 20 estudiantes de tercer y cuarto año de la escuela de Nuestra Señora de la Salud.

2.-MARCO TEORICO

2.1.-VIDA Y OBRAS DEL AUTOR O TÉORICO.

Margaret Jean Harman Watson nació en el sur de Virginia en 1940 y creció durante la década de 1940 y 1950 en la pequeña ciudad de Welch, Virginia Occidental, en los montes Apalaches. Es la menor de ocho hermanos, y siempre estuvo rodeada de un entorno familiar y comunitario muy numeroso.

Watson fue a la escuela en Virginia Occidental. Más adelante fue a la escuela de enfermería Lewis Gale en Roanoke, Virginia.

Tras licenciarse en 1961, se casó con Douglas y se trasladaron hacia el oeste, a su estado natal, Colorado. Douglas fallece en 1998. Tuvieron dos hijas, Jennifer y Julie, y cinco nietos. Después de trasladarse a Colorado, siguió con su formación en enfermería y con los estudios de licenciatura en la universidad. Continúo sus estudios y obtuvo un bachillerato en ciencias de la enfermería en 1964 en el Campus de Boulder, una maestría en Salud Mental y Psiquiatría en 1966 en el Campus de Ciencias de la Salud y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial en 1973 en Boulder.

Watson ha sido presidenta y vicedecana de los programas universitarios, y participó en la planificación y elaboración del programa de doctorado en enfermería en colorado, que se estableció en 1978. En 1981 y 1982 se tomó 2 años sabáticos y continuo con estudios internacionales en Nueva Zelanda, Austria, India, Tailandia y Taiwán.

Actualmente, es profesora de enfermería y ostenta el cargo de presidenta fundadora de la ciencia del cuidado en la escuela de enfermería de la universidad de colorado. Durante su carrera profesional Jean ha participado activamente en programas para

la comunidad y ha iniciado numerosas colaboraciones con otros centros en el área del cuidado de la salud. Ha recibido varios reconocimientos y premios federales en investigación y educación avanzada y ha recibido otros universitarios y privados, fondos para su facultad, proyectos administrativos y becas para el cuidado humano.

Sus publicaciones reflejan la evolución de su teoría del cuidado. Todo lo que ha escrito va dirigido a los estudiantes de enfermería y les propone la base antológica, ética y epistemológica para su praxis, así como líneas de investigación.

Confirma que el cuidado esta intrínsecamente relacionado con la curación. “La ética y la escala de valores de cuidado, curación y salud comprende el contexto profesional y la misión de la enfermera para la sociedad”.

ELABORACIÓN DE LA TEORÍA:

Conceptos:

1. Interacción enfermera-paciente: define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.

2. Campo fenomenológico: corresponde a la persona en su totalidad de experiencias de vida humana, abarcando sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones. Es decir, es todo lo que construye la historia de vida del individuo tanto en el pasado, presente y futuro.

3. Relación transpersonal de cuidado: para comprender dicho proceso debemos tener en claro dos conceptos básicos, estos son:

Transpersonal: ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente

Cuidado transpersonal: intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los

demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento.

La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de; el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo y más alto “yo”, más allá de la situación de salud.

4. Momento de cuidado: es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado. Tiene la habilidad de expandir la capacidad humana.

TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO:

Sostiene que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar.

A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard, Gadow y Yalom, elabora su teoría llamada “Del cuidado humano”.

A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería, es por esto que se basa en siete supuestos básicos:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado
6. El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

Factores curativos de la ciencia del cuidado:

1. Formación de un sistema humanístico – altruista de valores: este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.
2. Inculcación de la fe-esperanza: Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.
3. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: el reconocimiento de los sentimientos lleva a la auto actualización a través de la auto aceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida

que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos: el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.
6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico se solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.
7. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.
8. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen

el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.
10. Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas: la fenomenología describe a los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud.

Los tres primeros factores del cuidado forman la base “filosófica”. Es una teoría filosófica en la que considera a la persona como "un ser en el mundo". La misma tiene en cuenta: el alma, el cuerpo, y el espíritu.

La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estos tres, para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta. Sosteniendo que el cuidado humano es considerado como una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo.

Lo que le permitió la articulación de sus premisas teóricas, son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana, proporcionando el fundamento para el desarrollo posterior de su teoría:

Premisa 1. El cuidado y la enfermería han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que ha tenido enfermería

de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

Premisa 2. La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida.

Con estos supuestos y factores elaboro su teoría y definió los conceptos meta paradigmáticos de la siguiente manera:

- Salud: tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
- Persona: Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.
- Entorno: Espacio de la curación. Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante. La realidad objetiva y

externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad.

- Enfermería: Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera comprende los sentimientos del otro y es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona.

Aplicaciones de la teoría

Utilizada como marco disciplinario en programas de enfermería de algunas universidades de Estados Unidos y a través del mundo. La Facultad de Enfermería y Nutriología, seleccionó esta teoría para adecuar sus planes de estudio a esta realidad, y cumplir con los lineamientos establecidos por la Universidad Autónoma de Chihuahua.

Aportes a distintos campos

Docencia: el objeto de la práctica profesional es la naturaleza de la vida, del ser humano. Incluye teorías filosóficas respecto de la salud, del cuidado y de la curación.

Las áreas centrales de contenido son las humanidades, la ciencia socio-biomédica y tanto el fondo como la forma del cuidado a los pacientes. Los cursos deberían utilizar el arte, la música, la literatura, la poesía, el teatro y el movimiento para facilitar el entendimiento de las reacciones ante distintos estados de salud y ante nuevas posibilidades de dispensación de cuidados y de curación que vayan surgiendo.

Práctica: tiene por objetivo ayudar a las personas a alcanzar un mayor grado de armonía con la mente, el cuerpo y el alma, lo que hace que tengan procesos de

autoconocimiento, respeto propio, auto curativos y de atención a uno mismo a la vez que aumenta la diversidad, que es el objetivo de la aplicación de los diez factores.

Investigación: invita a las enfermeras a utilizar enfoques de investigación innovadores.

2.2.- INFLUENCIAS

Nightingale fue una enfermera, escritora y estadística británica, considerada precursora de la enfermería profesional moderna y creadora del primer modelo conceptual de enfermería

Leininger fue una antropóloga y teórica de enfermería, profesora de enfermería y la inspiradora del concepto de enfermería transcultural. Publicó en 1961 sus contribuciones a la teoría de enfermería que implican la discusión de lo que es cuidar.

Hegel fue un filósofo alemán. Recibió su formación en el *Tübinger Stift* (seminario de la Iglesia Protestante en Wurtemberg).

Kierkegaard fue un filósofo y teólogo danés, considerado el padre del existencialismo.

Yalom catedrático de Psiquiatría en la Universidad de Stanford y psicoterapeuta. Ha escrito, además, numerosos libros de texto y obras de ficción.

Hans Friedrich Gadow fue un naturalista alemán que se destacó en el campo de la ornitología y en la clasificación de los vertebrados, entre otros.

2.3 HIPOTESIS

El personal de enfermería que reconoce la importancia de brindar un cuidado integral ginecológico durante el trabajo de parto y puerperio inmediato, así como detectar las principales fuentes de daño físico, psicológico, emocional y espiritual para

preservar la salud de la madre, influye en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna.

2.4 JUSTIFICACIÓN

Se busca dar a conocer y cubrir los conocimientos teóricos indispensables para identificar el punto en donde la situación de la madre se puede convertir en un proceso patológico que ponga en peligro la vida y a su vez crear conciencia en que no somos enfermeras solamente operativas que laboran en el segundo nivel, sino que también somos responsables de la educación perinatal y de prevenir estas complicaciones desde una consulta externa al inicio del embarazo con educación perinatal.

Crear conciencia sobre los cuidados no solo básicos e indispensables sino integrales que debe desempeñar la Licenciada de Enfermería y Obstetricia en la sala de trabajo de parto, de expulsión y en el área de obstetricia desde que se desencadena el trabajo de parto hasta las veinticuatro horas posteriores al alumbramiento ayuda a disminuir la mortalidad materna ya que en la actualidad es uno de los problemas con mayor incidencia en nuestro país.

2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la razón de mortalidad en México (RMM) es calculada en un 35.4 defunciones por cada 100 mil nacimientos y si bien esto representa un 11.9 % de reducción porcentual respecto al año pasado, muchas de las causas de muerte materna siguen siendo prevenibles.

Enfermería debe de conocer que tiene intervenciones específicas y eficaces destinadas a la reducción de la tasa de mortalidad ya sea actuando cerca en una complicación que pone en riesgo la vida de la mujer, como el parto rápido en mujeres con crisis hipertensivas, o bien si se habla de caminos más distantes buscar un cuidado individual y personalizado, atendiendo las necesidades básicas de la

madre, brindado una atención de calidad y calidez, equitativa y sin distinciones de clase social, cultura, religión, etc.

Enfermería debe de enfocarse en prevención de riesgos obstétricos evidentes y no evidentes, así como dar atención psicológica, emocional y espiritual en todo momento.

Dado a lo anterior la pregunta de investigación es ¿cuáles son los cuidados que la enfermera/o deben conocer para favorecen un parto humanizado?

2.6 OBJETIVOS

2.6.1 GENERAL

Que todos los miembros de enfermería conozcan los cuidados básicos y extraordinarios que se deben de seguir en la atención de la mujer durante todo el desarrollo del embarazo, en la sala de labor, sala de expulsión, recuperación y en el servicio de obstetricia hasta las siguientes 24 horas después del parto, así como también reconocer las intervenciones éticas y legales de enfermería para evitar la muerte materna y reducir la morbilidad durante el periodo perinatal.

2.6.2 ESPECÍFICOS

- Promover la educación y promoción de la salud en la mujer embarazada
- Que las estudiantes de la carrera de enfermería de Nuestra Señora de la salud reconozcan los momentos más importantes del trabajo de parto y puerperio inmediato identificando cual es el correcto desempeño de la enfermera obstetra.
- Fomentar una atención de manera individual y especializada si caer en la cotidianidad y acción mecánica de la mujer embarazada en el trabajo de parto.
- Concientizar al personal de la unidad toco quirúrgica a brindar una atención de calidad y calidez a sus pacientes sobre todo en mujeres primigestas.

- Jerarquizar actividades del personal de la salud que ayude y tranquilice a las pacientes en la etapa perinatal, siempre con sentido de respeto, comprensión y profesionalidad.

2.7 MÉTODOS A UTILIZAR

Mixto

Con el fin de obtener un diagnóstico más completo del fenómeno. El método a utilizar estará combinado con el cualitativo y el cuantitativo. En base a investigaciones de tasas de morbilidad en México, análisis de casos clínicos recientes, cuestionarios, graficados, entre otros.

2.8 VARIABLES

Una variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse.

Ejemplos de variables son edad, la presión arterial, gestas, edad gestacional, enfermedades crónicas, antecedentes transfusionales, quirúrgicos, entre otros.

El concepto de variable se aplica a personas u otros seres vivos, objetos, hechos o fenómenos, los cuales adquieren diversos valores respecto de la variable referida. (Sanpieri, 2014)

2.8.1 CLASIFICACIÓN DE VARIABLES

Dependiente: La conducta o fenómeno que requiere de explicación.

Independiente: Que condiciona, explica o determina la presencia de otro fenómeno y puede ser manipulada por el investigador. (S. Zorrilla)

En la presente investigación la variable dependiente será el personal de enfermería que dará los cuidados e intervenciones necesarias para preservar la salud de la paciente.

La independiente serán los factores externos que no se contemplan y que puedan afectar a la gestante.

2.9 ENCUESTAS

2.9.1 ENCUESTA “A”



Encuesta dirigida al personal de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Rango o nivel académico:

Marca la respuesta correcta en las siguientes interrogantes:

1. Obstetricia, es la rama de la medicina que se encarga del cuidado de la mujer en el embarazo, parto y puerperio. A. Verdadero B. Falso	A	B
2. Al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos, se le llama parto		

<p>A. Verdadero</p> <p>B. Falso</p>	A	B
<p>3. Se denomina aborto a la obtención por cualquier medio del feto de menos de 500 g de peso, antes de las 22 semanas de gestación o antes de que se considere viable.</p> <p>A. Verdadero</p> <p>B. Falso</p>	A	B
<p>Selecciona el concepto de partera técnica:</p> <p>A) Persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel técnico.</p> <p>B) A la persona que pertenece a comunidades indígenas y rurales y que ha sido formada y practica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida, la cual se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica</p>	A	B
<p>5. ¿Cuáles son las fases del trabajo de parto?</p> <p>A. Fase latente y activa</p> <p>B. Fase productiva y expulsante</p>	A	B
<p>6. ¿Cuáles son las 5 causas principales de muerte materna?</p> <p>A. Las hemorragias graves, infecciones post parto, enfermedades hipertensivas del embarazo, complicaciones del parto y abortos complicados.</p> <p>B. Hemorragias abdominales y vaginales, complicaciones en el parto, abortos peligrosos y clandestinos, mola Hidatiforme y HELLP</p>	A	B
<p>7. ¿Conoces el parto humanizado?</p> <p>1. Si</p> <p>2. No</p>	A	B

8. ¿Quién es la persona que participa activamente durante todo el parto? A) Ginecólogo B) Enfermera	A	B
9. ¿Se le ha informado que el apoyo psicológico de la enfermera a la embarazada amenora el temor y agiliza el trabajo de parto? A) Si B) No	A	B
10. ¿Considera indispensable tener contacto verbal y físico en todo momento con la paciente en la sala de labor? A) Si B) No	A	B
11. ¿La enfermera obstetra debe de informar los procedimientos a realizar en todo momento? A) Siempre B) Solo algunos	A	B
12. ¿La paciente está en todo el derecho de negarse a la anestesia regional en parto vaginal? A) Depende del hospital B) Si, se puede negar y debe de respetarse su decisión	A	B
13. ¿Reconoce que la atención integral (atención física, psicológica, emocional y espiritual) por parte de todo el personal de salud reduce la mortalidad materna? A) Si B) No directamente	A	B
14. ¿Sabía usted que Michoacán está situado dentro de las 10 entidades con mayor incidencia de mortalidad materna? A) Si B) No	A	B
15. ¿De qué trata la NOM-007-SSA2-2016?		

<p>A) Para la atención del recién nacido en el servicio de cuidados intensivos</p> <p>B) Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.</p>	A	B
<p>16. ¿Conoces los objetivos del milenio?</p> <p>A) Si</p> <p>B) No</p>	A	B
<p>17. ¿Si su paciente por situaciones que alteran su estado emocional o por dolor no la trata con respeto usted opta por?</p> <p>A) Darle apoyo espiritual y emocional B) No hace nada C) Se enoja y se pone intransigente D) Explicar la importancia de realizar los procedimientos.</p> <p>Respuesta:</p> <p>A) A y D</p> <p>B) B y C</p>	A	B
<p>18. ¿Considera que a todas las pacientes se les debe tener en cama en la sala de labor?</p> <p>A) SI</p> <p>B) NO, se valoran las condiciones de cada paciente y se permite la ambulación asistida.</p>	A	B
<p>19 ¿Según la norma oficial 007 la tricotomía pélvica se debe realizar en todas las pacientes?</p> <p>A) No es necesario</p> <p>B) Siempre se deberá de realizar a pesar de que no esté por indicación médica escrita.</p>	A	B
<p>20. ¿Si el recién nacido es sano, se le debe de permitir la lactancia materna inmediatamente al finalizar el parto?</p> <p>A) Si</p> <p>B) No, hasta después de un ayuno de 3 horas</p>	A	B

<p>21 ¿Se le debe permitir el contacto al recién nacido con la mamá tras el nacimiento, si las condiciones lo permiten?</p> <p>A) Si, siempre.</p> <p>B) No, hasta después de que regule temperatura el recién nacido</p>	A	B
<p>22 ¿En la actualidad existen programas para reducir la muerte materna en México?</p> <p>A) Si</p> <p>B) Lo desconozco</p>	A	B
<p>23. ¿Consideras que las parteras tradicionales deberían fundamentarse y trabajar de la mano con la enfermera obstetra y otros profesionales a fines?</p> <p>A) Si</p> <p>B) No</p>	A	B
<p>24. ¿Selecciona los efectos benéficos de la ambulación temprana en la madre?</p> <p>A) Mejora la motilidad intestinal, mejora la circulación sanguínea, evita problemas trombo embolicas, ayuda a la expulsión de loquios</p> <p>C) No tiene efectos benéficos</p>	A	B
<p>25. ¿Te gustaría participar en pláticas y dinámicas educativas en pacientes embarazadas y en el puerperio?</p> <p>A) Si</p> <p>B) No</p>	A	B

2.9.3 ENCUESTA “B”



Encuesta dirigida a madres y mujeres embarazadas atendidas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Edad:

Localidad:

Coloca el número que más se acerque a tu respuesta en el espacio en blanco

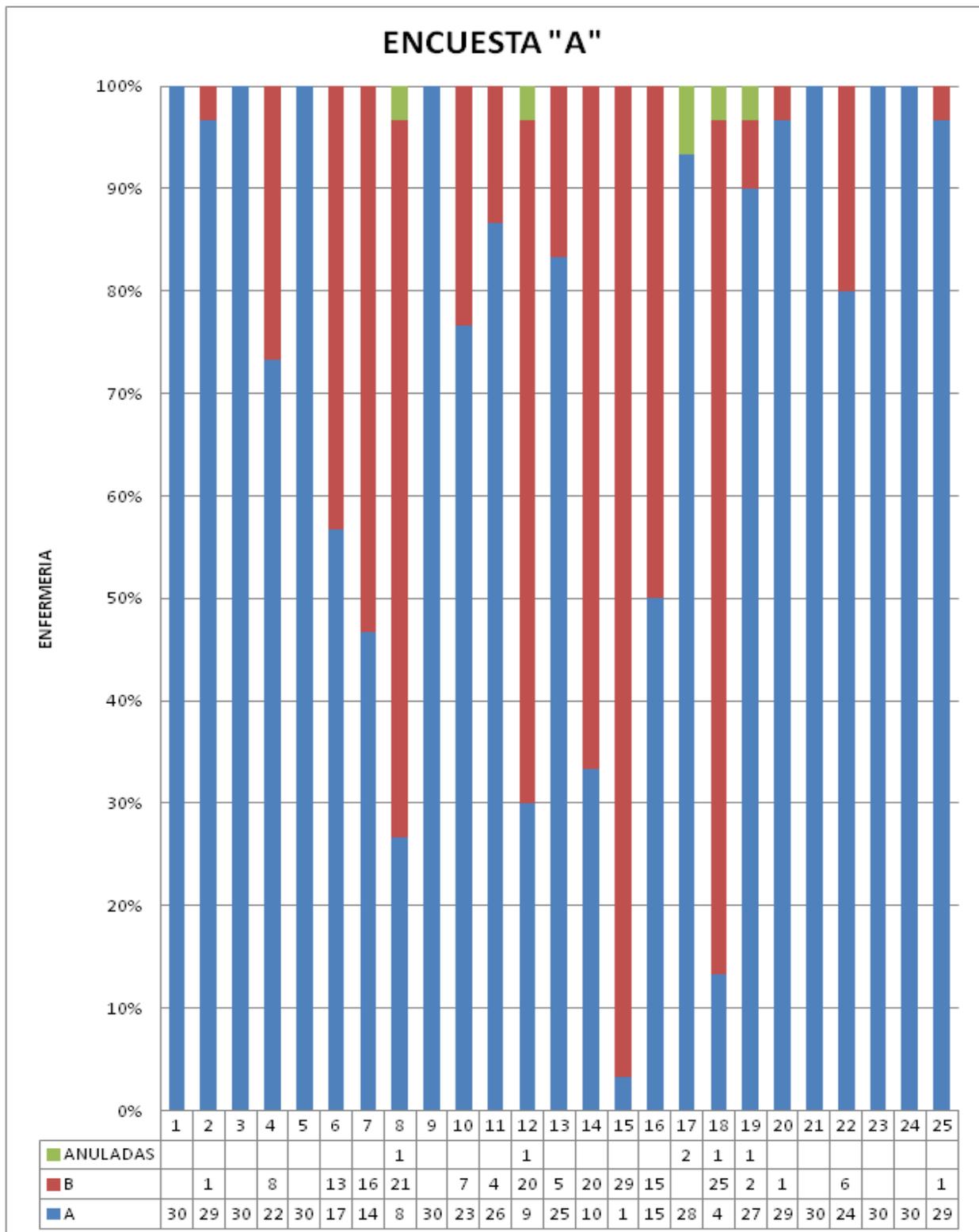
26. ¿Cuántos embarazos ha tenido? 1. Uno 2. Dos 3. Tres 4. Cuatro o más	
27. ¿Las enfermeras le han informado los datos de alarma en los cuales debes de acudir al hospital? 1. Si 2. No	
28. ¿Le gustaría tener platicas en donde le resuelvan dudas, le informen más sobre el embarazo, los cuidados que debe de tener en casa después de tener a su bebe y cuando debe de acudir al hospital? 1. Si 2. No	
29. ¿Conoce los beneficios de la lactancia materna y como se debe de hacer? 1. Si 2. No	

<p>30. ¿Las enfermeras de este hospital le han informado como llevar a cabo la técnica de amamantamiento?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO 	
<p>31 ¿Cómo considera el trato del personal de enfermería de este hospital?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. EXCELENTE 2. MUY BUENO 3. BUENO 4. REGULAR 5. MALO 6. MUY MALO 	
<p>32. ¿Cómo considera el trato de los doctores de este hospital?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. EXCELENTE 2. MUY BUENO 3. BUENO 4. REGULAR 5. MALO 6. MUY MALO 	
<p>33 ¿Se ha sentido con miedo y sin apoyo en el parto y después del parto?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nuca 2. Algunas veces 3. Casi siempre 4. Siempre 	
<p>34. ¿Ha preguntado al personal del hospital y no le han resultado tus dudas y te han contestado de forma no apropiada?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nuca 2) Algunas veces 3) Casi siempre 	

4) Siempre	
<p>35. ¿Las enfermeras de este hospital se dirigen a usted por su nombre, respetan su individualidad y le explican todos los procedimientos a realizar?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Algunas ves 3. Casi siempre 4. Siempre 	
<p>36. ¿Se ha sentido incomprendida a la hora del parto?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nuca 2. Algunas veces 3. Casi siempre 4. Siempre 	

2.10 GRAFICADO

2.10.1 GRAFICADO ENCUESTA "A"



2.10.2 INTERPRETACIÓN ENCUESTA “A”

La encuesta “A” dirigida a enfermería consta de 25 preguntas a dos opciones, en incisos los cuales son a) y b), las encuestas fueron repartidas a 20 estudiantes de la escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud de séptimo y octavo semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, otras cinco encuestas fueron aplicadas a pasantes de la licenciatura, egresadas de la escuela y otros 5 tomos más a tituladas egresadas de la escuela y de la Escuela de Enfermería de San Nicolás de Hidalgo con título en la licenciatura de enfermería.

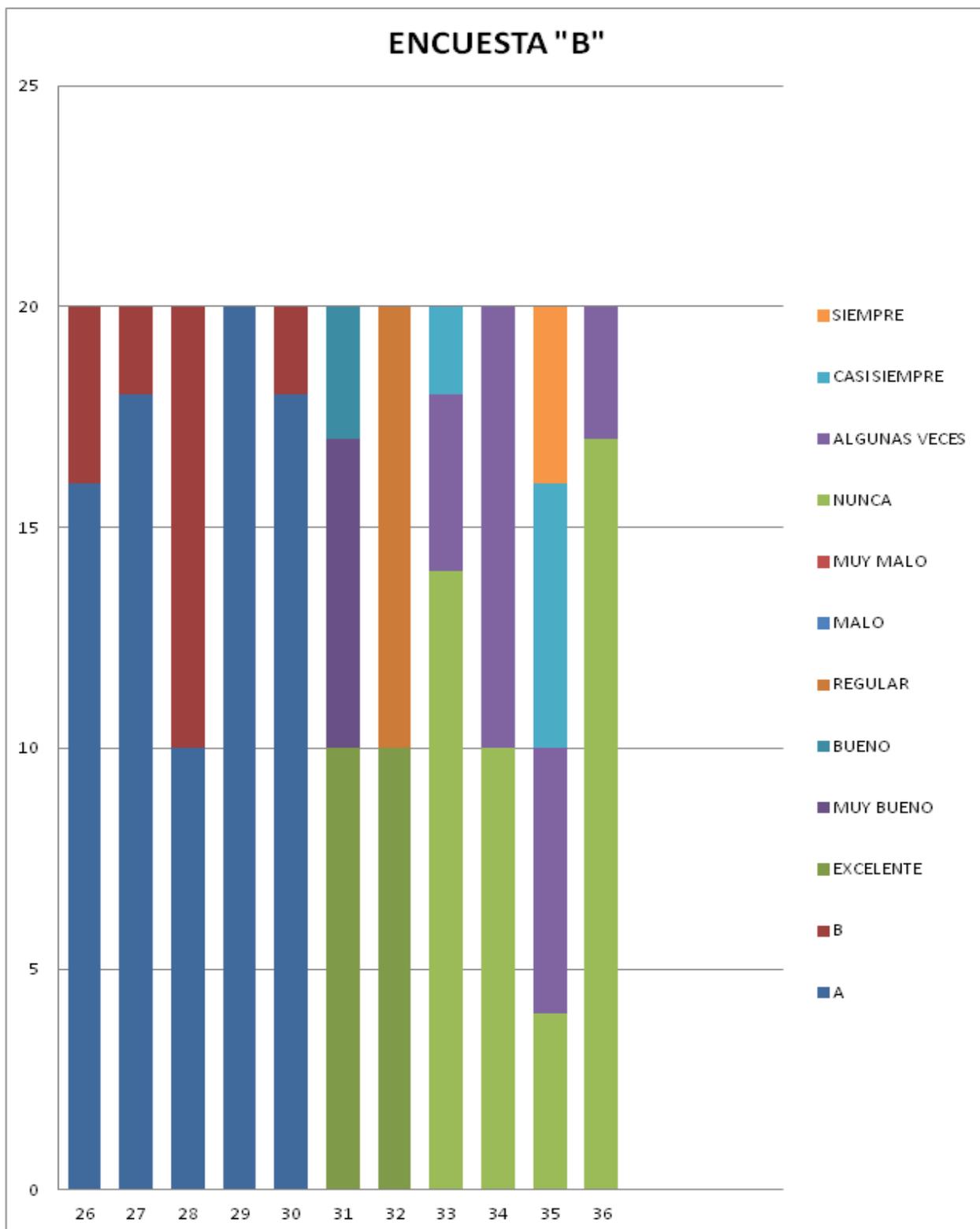
Recopilando resultados y anexándolos a las gráficas podemos afirmar que la mayoría de las estudiantes, pasantes y tituladas, tiene fundamentos básicos de obstétrica, como lo son conceptos importantes, pero la mayoría no sabía que Michoacán está situado como uno de los 10 países con mayor índice de mortalidad materna y tampoco reconoce las 5 causas principales de muerte materna, lo que quiere decir que no sabe cómo identificarlas, ni tratarlas.

La mayoría mostro conocimientos adquiridas por experiencia en la práctica clínica, cosas que no se realizan en el hospital donde se llevó a cabo el estudio, pero que saben que están permitidas e incluso que se debería promover, pero no lo hacen; como lo es la promoción de la lactancia materna, el derecho a la lactancia exclusiva, al contacto piel a piel después del parto si las condiciones lo permiten, entre otras.

La grafica sirvió para vislumbrar que ciertamente muchas de las veces el actuar de enfermería es a base a lo que se observa en el quehacer diario y que muchas veces se pasan por alto cosas que son mejores para la paciente. Como por ejemplo un acto simple de empatía como lo es una caricia o una palabra de aliento.

Queda claro que el HNSS no se lleva a cabo el proceso de parto humanizado, que muchas de las estudiantes lo han escuchado, pero no todas saben que consiste, no lo hacen, al igual que la educación higiénico dietética, información acerca de los procedimientos a realizar de manera que la paciente entienda y por políticas del Hospital, tampoco se lleva a cabo la promoción de algún método de planificación familiar y anticoncepción.

2.10.3 GRAFICADO DE ENCUESTA "B"



2.10.4 INTERPRETACIÓN ENCUESTA “B”

En la gráfica “B” los resultados de las 20 pacientes en la sala de obstetricia en puerperio inmediato fueron organizados en grafica de barras con títulos en incisos.

Los resultados arrojaron un trato respetuoso y amable en la mayoría de las encuestadas, pero con escasa intervención en la educación y promoción de la salud, se limitaron a contestar preguntas y resolver dudas de la paciente cuando ellas preguntaban, no hubo promoción de lactancia materna, consideraron el trato de médicos y enfermeras entre muy bueno y regular.

A la hora de cuestionar si se sentían con miedo o incomprendidas, refirieron que no lo que es bueno, ya que, a la hora de parto, enfermería explica los procedimientos y el medico no la hace sentir temerosa o incomprendida. La minoría con respuesta de algunas veces, refirió ser por miedo al evento desconocido y no tanto por el trato directo.

3.- CONCEPTUALIZACIÓN

Aborto: A la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 g de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable.

Alojamiento conjunto: a la ubicación y convivencia de la persona recién nacida y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto inmediato y permanente, así como la práctica de la lactancia materna exclusiva.

Atención de la urgencia obstétrica: a la prestación que debe brindar el personal médico especializado del establecimiento para la atención médica, garantizando la atención inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 horas, todos los días del año.

Atención prenatal: a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida.

La atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata.

Calidad de la atención en salud: al grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica, acorde con las disposiciones jurídicas aplicables, con los menores riesgos para los pacientes y al trato respetuoso y de los derechos de las usuarias, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados.

Certificado de nacimiento: al formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar el nacimiento de un nacido vivo y las circunstancias que acompañaron el hecho.

Certificado de muerte fetal y perinatal: al formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción fetal y las circunstancias que acompañaron el hecho.

Cesárea: a la intervención quirúrgica que tiene por objeto, extraer el feto, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como la placenta y sus anexos, a través de una incisión en la pared abdominal y uterina.

Consentimiento informado: al proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento escrito signado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnósticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación una vez que sea recibido información de los riesgos y beneficios esperados.

Defunción: fallecimiento o muerte fetal, a la pérdida de la vida de un producto de la gestación antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está indicada por el hecho de que después de la separación de la madre, el feto no presenta signos vitales, como respiración, latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

Diabetes gestacional (DG): a la alteración en el metabolismo de los carbohidratos que se detecta por primera vez durante el embarazo y se traduce en una insuficiente adaptación a la insulina.

Distocia: a las complicaciones en el mecanismo del trabajo de parto que interfieren con la evolución fisiológica del mismo y requieren maniobras especiales.

Edad gestacional: al periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.

Embarazo: a la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación en el endometrio y termina con el nacimiento.

Eutócica: a la presentación del feto en vértice, cuyo progreso del trabajo de parto es normal, termina sin complicación y no requiere de maniobras especiales.

Feto: al producto de la fecundación desde el fin del desarrollo embrionario, a las 8 semanas después de la fecundación, hasta el aborto o el nacimiento.

Identificación oficial: a los documentos con los que una persona física puede acreditar su identidad; como son credencial para votar, pasaporte vigente o cédula profesional.

Lactancia materna: a la proporcionada a la persona recién nacida, con leche humana, sin la adición de otros líquidos o alimentos.

Muerte materna: a la ocurrida a una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Muerte Materna Directa: a la relacionada con las complicaciones propias del embarazo.

Muerte Materna Indirecta: a la causada por una enfermedad de fondo agravada por el embarazo.

Nacido vivo: al producto de la concepción expulsado o extraído de forma completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, que después de dicha separación respire y presente signos vitales como frecuencia cardiaca, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos

de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

Nacido muerto: a la expulsión completa o extracción del producto de la concepción del organismo materno, cuando después de dicha separación no respire ni lata el corazón, se haya o no cortado el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

Nacimiento: a la expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción. Término empleado tanto para nacidos vivos o defunciones fetales.

Nacimiento con producto pre término: al que ocurre antes de las 37 semanas completas de gestación.

Nacimiento con producto a término: al que ocurre entre las 37 semanas y menos de 42 semanas completas de gestación.

Nacimiento con producto pos término: al que ocurre a las 42 semanas completas o más de gestación.

Obstetricia: a la parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio.

Oportunidad de la atención: a la prestación de los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad al establecimiento para la atención médica y tiempo de respuesta del personal de salud.

Partera técnica: a la persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel técnico.

Partera tradicional: a la persona que pertenece a comunidades indígenas y rurales y que ha sido formada y practica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida, la cual se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica.

Parto: al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos.

Partograma: a la herramienta fundamental durante el trabajo de parto que se debe llenar en forma rutinaria y debe analizarse detalladamente en todas las gestantes con la finalidad de evitar distocias y cesáreas de urgencia que conllevan a una alta morbilidad y mortalidad.

Parto vertical: a la atención del parto de la mujer embarazada colocada en posición vertical: de pie, sentada, de cúbito, o en cuclillas.

Periodo neonatal: a la etapa que inicia al nacimiento y termina 28 días después del mismo.

Periodo perinatal: a la etapa que inicia a las 22 semanas de gestación y termina 7 días después del nacimiento.

Pertinencia cultural: al modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones con características culturales y posiciones diversas, conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.

Producto de la concepción: al embrión post-implantatorio o feto, de acuerdo a la etapa del embarazo.

Promoción de la salud: a la estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar.

Prueba de anti globulina humana (prueba de Coombs): al ensayo de aglutinación en el que se emplean anticuerpos contra la gama globulina humana, que permite demostrar la presencia o ausencia de anticuerpos adheridos a un antígeno de la membrana del eritrocito.

Puerperio normal: al periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómico fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pre gestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

Puerperio inmediato: al periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.

Puerperio mediato: al periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.

Puerperio tardío: al periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto.

Recién nacido: al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

Recién nacido pre término: a aquél cuya gestación haya sido de 22 a menos de 37 semanas. Cuando no se conoce la edad gestacional, se considerará así a un producto que pese menos de 2,500 gramos.

Recién nacido inmaduro: a aquél cuya gestación haya sido de 22 semanas a menos de 28 semanas, o que su peso al nacer sea de 501 a 1,000 g.

Recién nacido a término: a aquél cuya gestación haya sido de 37 semanas a menos de 42 semanas. Se considerará así a un producto que pese más de 2,500g.

Recién nacido pos término: al producto de la concepción con 42 o más semanas completas de gestación o más.

Restricción en el crecimiento intrauterino: a la incapacidad del feto para alcanzar un potencial genético de crecimiento de acuerdo a las condiciones propias de la gestación y del entorno.

Sucedáneo de la leche materna o humana: a las fórmulas comercializadas presentadas como sustituto parciales o totales de la leche materna o humana.

Tamiz metabólico neonatal: al examen de laboratorio practicado a la persona recién nacida, para detectar padecimientos de tipo metabólico.

Urgencia obstétrica: a la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.

Valoración de APGAR: a la valoración de la persona recién nacida al minuto y a los cinco minutos de: frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja y la coloración de tegumentos.

(Diario oficial de la federación. (1993) 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. Recuperado 16 febrero 2019, de SEGOB Sitio web: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)

3.1 EL RITUAL MÍSTICO DE EMBARAZO Y PARTO EN EL MÉXICO PREHISPÁNICO “HISTORIA DE MEXICO”

En el México prehispánico, el proceso de embarazo y parto estaba cargado de conceptos trascendentales y rituales místicos. Estas ceremonias de alumbramiento eran incomprensibles sin el concepto de dualidad que tenían como fundamento vital.

Toda visión era personificada por Ometéotl, divinidad que implica la unión de Ometecuhtli y Omecíhuatl: la luz y la oscuridad, la vida y la muerte, lo femenino y masculino.

Así, la concepción de un nuevo ser era considerado como un producto radicalmente dual; el papel de la paternidad en la concepción de un nuevo ser era tan preponderante como el de la mujer: madre y padre, tierra y semilla, ambos elementos indisociables de la nueva vida.

La última causa, sin embargo, proviene de algo divino. Los padres del nuevo ser se veían a sí mismos como vehículos de una divinidad que los eligió como cuna de un

nuevo elemento. Todo este proceso era un acontecimiento que alcanzaba niveles sociales y espirituales.

El embarazo no era un asunto privado, involucraba a toda la red familiar. Por ello, cuando la mujer se enteraba que estaba esperando un hijo debía hacerlo saber a sus padres. Se tenía claro que el embarazo era un regalo de los dioses ya que la mujer era sólo el receptáculo donde dicho regalo podría o no germinar.

Tras la noticia se preparaba una celebración a la cual llevaban flores olorosas y cañas de humo, luego comían, bebían y convivían entre los familiares de ambas familias y las principales figuras del pueblo.

Preparación para el nacimiento

Las mujeres embarazadas nunca estaban solas, contaban con una red familiar de apoyo y procuración. Cuando la mujer estaba al término del embarazo la familia volvía a reunirse y la mujer era encomendada a una de las parteras, pues no sólo asistiría su parto sino también le daría recomendaciones de carácter nutricional y educativo para criar a su hijo.

Las recomendaciones que rodeaban a las mujeres embarazadas eran numerosas:

- Por ningún motivo era recomendable que masticara chicle pues su hijo moriría con el paladar endurecido
- si la madre durante el transcurso del embarazo se espantaba o enojaba corría el riesgo de cursar un aborto espontaneo o que le recién nacido sufriera malformaciones
- la madre debía alimentarse bien y cumplir todos sus antojos, menos el de comer tierra o tizatl.
- no se le permitía llorar ni tener esfuerzos físicos pues pondría en peligro su vida.

El parto

El momento de parto era visto como un estado de transición radical. La mujer se convertía en una “guerrera”, a partir de este momento adoptaría un nuevo estatus social. Sin embargo, las posibilidades de morir durante el alumbramiento eran altas.

Si el parto iba mal, la partera podía optar por salvar la vida de la mujer sacrificando al producto, sin embargo, para ello era necesario el permiso de los padres, si esto no le era permitido preparaba a la mujer para morir.

Finalmente basándose en el calendario mexica los sacerdotes decidían cómo se llamaría el recién nacido basándose en su hora y día de nacimiento.

3.1.1 PARTERAS TRADICIONALES

Desde una perspectiva histórica, las actividades realizadas por las parteras han sido más que una actitud de trabajo, una experiencia ética, por los aspectos intangibles, en que prevalecen los valores humanos, el cuidado integrador que rebasa el esquema holístico, relacionado con actitudes de ternura, afecto, comprensión y de reconocimiento de las dimensiones del ser humano, de la sensibilidad para uno mismo.

El fundamento sobre el cual se dio sentido a la formación de las parteras en México, radica en las raíces culturales, herencia de la época prehispánica. Sin embargo, a lo largo del siglo XX la enseñanza de la obstetricia ha sufrido muchos cambios, que siguieron el modelo de atención de salud y las concepciones materna y neonatal en la formación profesional del área.

Gran avance han tenido los conocimientos de los orígenes de la vida, de las leyes de la herencia y el crecimiento y desarrollo embrionario y fetal, los efectos secundarios de los distintos fármacos, de las tecnologías para el diagnóstico y el tratamiento en el ciclo materno fetal, lo cual reafirmó la necesidad del cuidado de la salud de la madre y su hijo a lo largo de todo el ciclo perinatal en una dimensión tanto en lo ético como en lo científico, de cuidar a la pareja desde antes de la gestación en la preconcepción, la concepción hasta el nacimiento para después brindarles el cuidado integral, considerando, a los integrantes de la familia como un

todo, con énfasis en la madre y su hijo por la vulnerabilidad que presentan en esta etapa del ciclo vital, los riesgos en constante interacción con su entorno cambiante, apoyando sus procesos vitales y la motivación para el logro del máximo potencial en los ámbitos biopsicosociales, emocionales y espirituales, en la búsqueda de una mejor calidad de vida y el compromiso contraído con el advenimiento de cada nuevo ser humano para un mundo mejor.

La partera basaba su entendimiento sólo en su propia experiencia en el arte de los partos. Sí, bien carecía de escolaridad y de conocimientos racionales sobre la causalidad y terapéutica de las enfermedades; ejercía algunas medidas de orden médico como la aplicación de oxitócicos, unas veces con resultados favorables y otras con situaciones de riesgo para la gestante y su niño.

Este patrimonio legado a las generaciones de parteras, de la actitud tenaz del cuidado hacia la embarazada y la parturienta trascendió hasta el presente. En la dinámica familiar prehispánica fue un factor muy participativo desde que la mujer se daba cuenta de su embarazo. Su tradición continuó ya en la época del virreinato porque la partera muy poco alteró sus actividades. Se encargaba de dar consejos a la mujer, ordenar a la familia lo que debían darle y prohibía todo aquello que pudiera hacer daño al bebe; advertía de los cuidados en los primeros meses de embarazo y concretaba sus consejos encargando buena alimentación, reposo y moderaciones en los trabajos manuales.

Al iniciarse el parto lavaba a la embarazada, arreglaba un lugar donde debía parir y si la parturienta era mujer principal la partera se hacía acompañar de dos o tres mujeres a quienes se les daba el nombre de “tenedoras”, en función a que ayudaban a detener a la mujer en el proceso del parto y el alumbramiento. Más tarde, estas mujeres tenedoras, ya con experiencia por lo observado se convertían también en parteras.

Empezado el trabajo de parto, daba un baño a la parturienta y después de éste, le hacía beber la raíz molida con agua de una planta llamada Chihuapatli que gozaba de la propiedad de empujar el feto hacia fuera. En caso de no bastar este brebaje se le administraban otros con los mismos efectos.

En cuanto a la forma en que se atendía el parto, se observaban determinadas conductas. La partera se colocaba sentada frente a la gestante y con ambas manos, le frotaba el vientre o lo comprimía para favorecer las contracciones o la expulsión del feto. Las tenedoras se colocaban una en la espalda, en cuclillas, y con sus dos manos apoyaba y oprimía la cintura o el vientre de la parturienta, mientras que la otra tenedora, de pie, le sostenía por los codos, la cabeza o por las sienes.

Otra forma de atender a la embarazada en la última etapa del trabajo de parto era que la comadrona permanecía sentada, en cuclillas, con las manos apoyadas en los glúteos y con los dedos entreabría la vulva. Finalmente, con esfuerzo ayudaba a la expulsión. Otras mujeres parían de rodillas asistidas por las parteras; También daban a luz colocadas bocabajo, a cuatro patas, con las manos en el suelo y la comadre recibía a la criatura por detrás; parían también arrodilladas y asidas de una cuerda pendiente del techo; sosteniéndolas de los muslos las tenedoras y ayudantes. Estas prácticas, aún se conservan en regiones apartadas de la civilización en la república mexicana.

3.2 CUIDADO

Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona. Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él.

Estudios acerca del significado de cuidado por parte del profesional de enfermería se refieren a la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado.

Cuidado se ha definido como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para

atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica.

3.3 PARTO Y PUERPERIO

3.3.1 DEFINICIÓN DE PARTO

Del latín “partus” se define como el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos.

De acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, podemos clasificar el parto por la edad gestacional (Semanas de gestación, SDG):

- Inmaduro: de las 20 a las 27 SDG
- Pre término: de las 28 a las 37 SDG
- Término: de las 38 a las 42 SDG
- Pos término: a partir de las 42 SDG

La duración total del trabajo de parto es muy variable: el promedio en nulípara es de 12 a 20 horas, mientras que en múltiparas de 6 a 12 horas.

Trabajo de parto

El trabajo de parto consiste en una serie de contracciones rítmicas, involuntarias y progresivas del útero que producen el borramiento y la dilatación del cuello uterino. El estímulo para el inicio del trabajo de parto es desconocido, pero la manipulación digital o el estiramiento mecánico del cuello durante el examen aumenta la actividad contráctil uterina, muy probablemente por estimular la liberación de oxitócica en la glándula hipófisis posterior.

En el primer embarazo, el trabajo de parto en general dura 12 a 18 h en promedio; los trabajos de parto posteriores se acortan, y promedian las 6 a 8 h. El manejo de las complicaciones durante el trabajo de parto requiere medidas adicionales.

Comienzo del trabajo de parto

El trabajo de parto comienza con contracciones uterinas irregulares de intensidad variable que ayudan a ablandar el cuello cervical y comienzan a borrarlo y dilatarlo. A medida que el trabajo de parto progresa, las contracciones aumentan su duración, su intensidad y su frecuencia.

Estadios o períodos del trabajo de parto

El trabajo de parto tiene 3 períodos o estadios.

- A. El estadio 1: desde el inicio hasta la completa dilatación del cuello que son 10 cm, esto conlleva a dos fases: latente y activa.

Durante la fase latente, las contracciones irregulares se vuelven progresivamente más coordinadas, las molestias son mínimas y el cuello se borra y se dilata unos 4 cm.

El tiempo de la fase latente es difícil de precisar y su duración varía, en promedio, 8 horas en las nulíparas y 5 horas en las multíparas; la duración se considera anormal si persiste mayor a 20 horas en las nulíparas o mayor a 12 horas en las multíparas.

Durante la fase activa, el cuello se dilata completamente y la presentación desciende hacia la pelvis media. En promedio, la fase activa dura 5 a 7 horas en las nulíparas y 2 a 4 horas en las multíparas.

Los exámenes pelvianos se realizan cada 2 a 3 horas para evaluar la progresión del trabajo de parto.

Si las membranas no se han roto espontáneamente, algunos médicos usan la amniotomía en forma rutinaria durante la fase activa. Como resultado, el trabajo de parto puede progresar deprisa, y el líquido amniótico puede teñirse rápidamente de meconio. La amniotomía durante este estadio puede ser necesaria en indicaciones específicas, como facilitar la monitorización fetal interna para confirmar el bienestar fetal.

- B. El estadio 2 es el momento desde la dilatación cervical completa hasta el parto. En promedio, dura unas 2 horas en las nulíparas y 1 h en las multíparas. Puede durar otra hora o más si se usa analgesia de conducción o una anestesia intensa con opiáceos.

En el parto espontáneo, las mujeres deben suplementar las contracciones uterinas. En el estadio 2, la mujer debe estar constantemente atendida, y se deben controlar en forma continua o después de cada contracción los sonidos cardíacos fetales. Las contracciones pueden controlarse mediante palpación o por medios electrónicos.

- C. El estadio 3 del trabajo de parto comienza después del parto, cuando el bebé ha salido y se espera el alumbramiento o salida de la placenta.

3.3.2 DEFINICIÓN DE PUERPERIO Y SU CLASIFICACIÓN

Puerperio es considerado un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se desarrolla por un proceso de involución de las mismas hasta casi regresarlas a su estado inicial.

Atendiendo al tipo de evolución que puede tener el puerperio, debemos clasificarlo en:

- ◆ Puerperio Fisiológico: Cuando no se encuentran signos de peligro y su evolución es normal.
- ◆ Puerperio Patológico: Cuando la evolución se aleja de los parámetros normales, se debe relacionar con alguna posible patología como una infección o una hemorragia. Cualquier enfermedad aguda o crónica, infecciosa o degenerativa pueden provocar una evolución patológica del puerperio

Clasificación de acuerdo a su duración:

La duración del puerperio se ha fijado en los 60 días posteriores al parto.

- ◆ Inmediato: primeras 24 horas

- ◆ Mediato: del día 2 al 10
- ◆ Alejado: abarca del 11 al día 45 posparto y que finaliza muchas veces con el retorno de la menstruación.
- ◆ Tardío: finalmente se extiende desde el día 45 al día 60.

3.3.3DEFICINION DE PARTO HUMANIZADO

El parto humanizado es el proceso en el que se respeta a la embarazada y a los familiares, en un acompañamiento continuo, la toma de decisiones seguras e informadas sobre este evento vital familiar.

Un parto humanizado debe de Reconocer en padres e hijos a los verdaderos protagonistas, no intervenir ni interferir rutinariamente en este proceso natural, no habiendo una situación de riesgo evidente.

Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer, pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia, Respetar las intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento, Favoreciendo la libertad ya sea de posición y movimiento de la mujer, Promover el vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de asistencia profesional y sobre todo Respetar las necesidades de elección de la mujer respecto a las personas que la acompañarán en el parto y cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido y evitar someter al niño a cualquier maniobra innecesaria.

3.4PANORAMA DE SALUD MATERNA EN MÉXICO

La "Declaración del Milenio" formula ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y las Metas respectivas a alcanzar en 2015. Entre dichos Objetivos aparece el Objetivo número cinco relativo a mejorar la salud materna con dos metas específicas:

- 1.-El cual se basa en reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes, y
- 2.- Lograr para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

En mayo del 2009, el Gobierno de México bajo el liderazgo de la Secretaría de Salud, presentó una nueva estrategia de reducción de la mortalidad materna, manifestando así su compromiso con el Objetivo número cinco de los ODM. Instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil, instituciones académicas y de investigación, y organizaciones internacionales, acordaron que era necesario incrementar y unir los esfuerzos para alcanzar la meta propuesta.

En este marco, surgió la idea de implementar un Observatorio de Mortalidad Materna en México el cual, con el apoyo técnico del Grupo Inter agencial de Naciones Unidas para la reducción de la mortalidad materna, coordinado por la Organización Panamericana de la Salud perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), sería una instancia independiente conformada por personas, organizaciones civiles nacionales e internacionales, agencias y fundaciones de cooperación técnica y financiera, instituciones académicas, de investigación y de gobierno, vislumbrándose como un espacio para la conjunción de esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales para monitorear, desde la sociedad civil, los avances para mejorar la salud materna.

Su marco de referencia está dado desde la perspectiva de los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, derechos del niño y de la niña y el ejercicio de los mismos.

El OMM cristaliza el interés de todos estos actores por incrementar y unir sus esfuerzos para alcanzar la meta propuesta de reducir la mortalidad materna y dar cumplimiento al compromiso del quinto Objetivo de los ODM y ser, al mismo tiempo, un espacio ciudadano, autónomo, con interlocución interinstitucional e intersectorial.

El Observatorio de Mortalidad Materna en México año con año ha trabajado por ser una red, un espacio ciudadano autónomo, plural, interinstitucional e intersectorial que se ha involucrado a la sociedad civil en el monitoreo del progreso y la mejora de la salud materna, sexual y reproductiva así llevar a cabo estadísticas lo más exactas posibles para expresar el avance o retroceso ante la aplicación de programas de atención médica del estado.

El objetivo de esta labor es expresar cuanto y como ha disminuido la morbi-mortalidad materna, notificar, evaluar y vigilar el acceso que tiene las mujeres en diversas zonas del estado, emitir noticias relevantes, información esencial, resultado de la aplicación de los Sistemas de Indicadores y de Monitoreo de Políticas Públicas, así como recomendaciones que contribuyan a la reducción de la mortalidad materna.

3.5 ESTADÍSTICAS Y TAZA DE MORBILIDAD

La situación actual de mortalidad materna en el 2017 fue calculada en 32.0 defunciones por cada 100 mil nacimientos lo que represento una reducción de 9.4 puntos porcentuales respecto al registro presentado por la dirección epidemiológica (DGE) del año 2016.

Las principales causas de defunción fueron:

- ◆ Hemorragia obstétrica 24.0 %
- ◆ Enfermedad hipertensiva (Proteinuria y edema en el embarazo, parto y puerperio 21.9 % y
- ◆ Aborto con un 7.1 %

Los grupos con mayor RMM se encuentran entre los 50 a 54 años de edad. El OMM brinda semana a semana registros gráficos de las muertes maternas acumuladas a lo largo del año y las muertes obtenidas durante la última semana en toda la república mexicana.

Tomando en cuenta los datos acumulados desde la semana 1 hasta la semana 52 del 2018 obtenemos un total de 648 muertes registradas a nivel nacional del 1 de enero al 1 de diciembre del año 2018.

En los estados que notificaron mayor número de defunciones acumuladas al final del año 2018 se encuentran:

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| ◆ Chiapas 76 muertes | ◆ Jalisco 34 muertes |
| ◆ México 71 muertes | ◆ Oaxaca 30 muertes |
| ◆ Veracruz 37 muertes | ◆ Puebla 30 muertes |

- ◆ Michoacán 29 muertes
- ◆ Chihuahua 28 muertes
- ◆ Ciudad de México 28 muertes
- ◆ Nuevo León 26 muertes
- ◆ Guanajuato 23 muertes
- ◆ Coahuila 21 muertes
- ◆ Guerrero 19 muertes
- ◆ Sinaloa 18 muertes
- ◆ Tamaulipas 18 muertes
- ◆ Baja California 17 muertes
- ◆ Durango 16 muertes
- ◆ Yucatán 16 muertes
- ◆ Durango 14 muertes
- ◆ Hidalgo 14 muertes
- ◆ Nayarit 13 muertes
- ◆ Quintan Roo 12 muertes
- ◆ Sonora 12 muertes
- ◆ Tabasco 11 muertes
- ◆ Querétaro 9 muertes
- ◆ Zacatecas 9 muertes
- ◆ Zacatecas 9 muertes
- ◆ San Luis Potosí 7 muertes
- ◆ Campeche 6 muertes
- ◆ Morelos 5 muertes
- ◆ Tlaxcala 5 muertes
- ◆ Aguascalientes 3 muertes
- ◆ Baja California Sur 3 muertes
- ◆ Colima 2 muertes

En los resultados pueden observarse las entidades que se posicionan en el principio del listado anual. Finalmente, si se observan graficas en anexos de la semana 1 a la 40 del presente año se observa un aumento considerable lo cual es preocupante. Si bien se ha disminuido desde el 2008 aún queda trabajo por realizar, es importante seguir esta brecha de constante vigilancia epidemiológica, determinando factores de riesgo y buscar posibles soluciones que logren disminuir el número de muertes maternas anuales. Sobre todo, en entidades donde no hay oportunidad de atención médica.

Concentrado de muertes maternas del 2010 al 2015

- ◆ En el 2010 se demostraron 992 defunciones de las cuales 44.1 fueron por causas de mortalidad materna
- ◆ En el 2011 se demostraron 971 defunciones de las cuales 43.0 fueron por causas de mortalidad materna
- ◆ En el 2012 se demostraron 960 defunciones de las cuales 42.3 fueron por causas de mortalidad materna
- ◆ En el 2013 se demostraron 861 defunciones de las cuales 38.2 fueron por causas de mortalidad materna
- ◆ En el 2014 se demostraron 872 defunciones de las cuales 38.9 fueron por causas de mortalidad materna
- ◆ En el 2015 se demostraron 778 defunciones de las cuales 34.6 fueron por causas de mortalidad materna

3.6 MORBILIDAD MATERNA

CONCEPTO DE MORBILIDAD MATERNA

La Morbilidad Materna Extrema (MME) es un estado en el cual la gestante casi muere durante su gestación, parto o puerperio, pero sobrevivió gracias a una atención oportuna y adecuada, se evalúa por medio de identificación de retrasos o demoras en la atención de la gestante definidos por la Organización Panamericana

de la Salud (OPS), los cuales permiten detectar fallas de la paciente o el sistema de salud en su atención, permitiendo mejorar y evitar muertes maternas.

3.6.1 MORBILIDAD MATERNA GRAVE

Según definición brindada por la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) se conoce la morbilidad materna extremadamente grave o severa como la complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.

La vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema, es una de las estrategias propuestas dentro de las acciones regionales de OPS / OMS para mejorar la salud materna y lograr reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes en el año 2015 como unos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

En la morbilidad materna grave se encuentran:

- ◆ Signos y síntomas de enfermedad específica: eclampsia, choque séptico, choque hipovolémico.
- ◆ Falla o disfunción orgánica: disfunción cardíaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral respiratoria o de coagulación.
- ◆ Manejo instaurado a la paciente: ingreso a unidades de cuidados intensivos, excepto para estabilización hemodinámica electiva, cualquier intervención quirúrgica de emergencia en el posparto, posesoria, o posaborto, transfusión de 3 o más unidades de sangre o plasma relacionada con evento agudo.

3.6.2 INDICADORES DEL PLAN PARA ACELERAR LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA GRAVE, DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) 2014

La Organización Panamericana de la Salud aprobó en 2011 un Plan para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave.

Los objetivos generales son:

1. Contribuir a acelerar la reducción de la mortalidad materna
2. Prevenir la morbilidad materna grave y
3. Fortalecer la vigilancia de la mortalidad y morbilidad maternas, a través de cuatro áreas estratégicas:
 - (I) Prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos.
 - (II) Acceso universal a servicios de maternidad asequibles y de calidad dentro del sistema coordinado de atención de salud
 - (III) Recursos humanos calificados, y
 - (IV) Información estratégica para la acción y la rendición de cuentas. Para estas áreas estratégicas propone indicadores para su seguimiento.

3.7 CAUSAS PREVENIBLES DE MUERTE MATERNA

En el siglo XXI se ha desarrollado el crecimiento de la tecnología y de los avances científicos; pero también en esta época de construcción de democracias, las perspectivas de igualdad de sexo, los derechos humanos, el desarrollo social, la tolerancia y la no violencia se han convertido en ejes nacionales e internacionales que no han ido acordes con algunas filosofías, como el movimiento feminista, de tal manera que un sistema patriarcal y antagónico que no acepta la integración equitativa, igualitaria e integral de las mujeres en la vida política, laboral y la educación a la salud determinan este tipo de fenómeno.

Históricamente las mujeres han sido consideradas como sujetos de segunda clase y se les ha relegado a un mundo doméstico, en cuyos ejes la reproducción biológica, la familia, los hijos, la pareja y los padres son las actividades que les siguen siendo atribuidas; de este modo, la política pública en salud en relación a las mujeres les ha conferido sólo el ámbito de la reproducción con el binomio madre--hijo; es por esto que la propia mujer es la última en atenderse médicamente, lo que ha llevado a trastornos tan complejos como es el caso de la muerte materna. Por eso abatir la muerte materna se ha convertido en un problema urgente, pues son mujeres que

mueren por dar vida en un siglo con un desarrollo científico y tecnológico importante; por eso es necesaria una política pública nueva en salud.

La mortalidad materna es la expresión más evidente de la inequidad y de la desigualdad a la que están sometidas las mujeres en México; refleja la injusticia social y la discriminación que afecta especialmente a las más pobres.

Las causas prevenibles por mencionar algunas serían:

- El machismo que impide que las mujeres que confíen en sí mismas, que se valoren, y hace que sean dependientes totalmente y en la toma de decisiones, sin tener proyecto de vida.
- La poca oportunidad de acceso a la información y los servicios de salud
- Cuando se desconocen sus derechos y los servicios otorgados en el Sector Salud
- Otro y muy importante sería el inicio temprano de actividad sexual, en un rango de los 10 a los 19 años de edad, lo que las expone a embarazos no deseados, abortos, VIH/SIDA y a ser maltratadas física, psicológica o sexualmente, complicaciones del embarazo, incluso la muerte.
- La falta de acceso a servicios de planificación familiar inadecuados las lleva a un mayor número de embarazos con los riesgos que impone cada gestación y pobreza mientras más hijos tenga una mujer.
- El trabajo rudo y arduo, así como la mala nutrición, hacen que las mujeres de bajos recursos económicos sean más propensas a tener complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio.
- La falta de acceso a servicios de salud por dificultades geográficas, económicas y culturales.

3.8 PROGRAMAS CONTRA LA MUERTE MATERNA EN MÉXICO

México se ha comprometido, como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. La respuesta del sistema de salud ante el reto de la muerte materna se ha plasmado en diversas acciones, que, si bien han contribuido a su disminución, no han logrado

los resultados esperados para asegurar que las metas comprometidas puedan ser alcanzadas. Es importante señalar que México tienen una RMM 17 veces mayor que países como Suecia o tres veces mayor que países similares como es el caso de Chile.

En México hay diferencias importantes, así, los municipios con población indígena tienen RMM hasta tres veces mayores que aquellos municipios sin población indígena, o RMM siete veces mayores entre mujeres que fallecieron en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con respecto a las que no cuentan con seguridad social. Entre los esfuerzos más importantes en los últimos años para mejorar la salud materna se encuentran:

1. El Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal (PAE SMP) 2013-2018 del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, de la Secretaría de Salud:

Ha sido diseñado para contribuir, apoyar y acompañar a las mujeres para ampliar las capacidades y oportunidades de cursar el embarazo sano, el parto respetuoso y el puerperio seguro, y para que sus hijos nazcan y se desarrollen con salud, con pleno respeto a la diversidad cultural y al ejercicio de sus derechos, apoyando su proyecto de vida.

El objetivo principal del Programa es que las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos en el curso de la vida, particularmente los relacionados a la salud materna y perinatal, y promover el derecho a la salud de toda persona desde antes del nacimiento, con énfasis en el desarrollo del recién nacido sano y la prevención de defectos al nacimiento, ya sean congénitos y/o genéticos y plantea la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud, su efectividad, el seguimiento y la rendición de cuentas y lograr que se disminuyan los rezagos en salud que afectan a la población.

El PAE SMP aborda la detección de factores biológicos o del desarrollo que afectan

periodos sensibles y tienen un efecto a largo plazo, independientemente de circunstancias ulteriores, haciendo énfasis en la prevención y la promoción del cuidado de la salud en mujeres y hombres, con perspectiva de género y derechos humanos.

2. Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida (APV) 2007-2012 es de carácter normativo para todo el país y particularmente para los Servicios Estatales de Salud (SESA), en el que se definen tres objetivos generales:

- 1) Fortalecer la capacidad de las mujeres y sus parejas para planificar la familia y participar activamente en el cuidado de la salud materna y perinatal.
- 2) Reducir las brechas existentes en la salud materna e infantil en las entidades federativas y en los municipios de menor desarrollo, y
- 3) Mejorar el acceso y calidad de la atención obstétrica por personal calificado e incrementar la capacidad resolutoria de los servicios de atención de emergencia obstétrica y neonatal.

3. Planificación familiar y anticoncepción 2013-2018:

Para atender los retos y desafíos que se enfrentan en este campo de la salud y contribuir a lograr el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, se elaboró el presente Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción.

En este documento, se han integrado las recomendaciones y observaciones de instituciones públicas de salud, organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas, investigadores, población usuaria de los servicios y personas interesadas en el tema

El primer acercamiento se obtuvo a través del "Foro Nacional de Consulta para la elaboración de los Programas de Acción Específicos 2013-2018", efectuado en la Ciudad de México el día cinco de noviembre de 2013.

El Programa de Acción Específico (PAE) Planificación Familiar y Anticoncepción, 2013-2018, tiene como finalidad contribuir a que la población disfrute de su vida

sexual y reproductiva de manera informada, libre, satisfactoria, responsable y sin riesgos, mediante el desarrollo de estrategias y líneas de acción interinstitucional es en los tres órdenes de gobierno, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

El Programa reconoce los avances obtenidos a la fecha y plantea alcanzar al final de la Administración tres objetivos para atender los principales rezagos en este campo de la salud pública:

- 1) 1) incrementar el acceso efectivo a servicios y mejorar la calidad de la atención en planificación familiar y anticoncepción
- 2) 2) atender la necesidad es específicas de planificación familiar y anticoncepción de la población, particularmente en grupos en situación de desventaja social
- 3) 3) incentivar la paternidad activa y elegida y la responsabilidad del hombre en la planificación familiar y la anticoncepción. Este PAE es referencia obligada para las instituciones públicas de salud que realizan acciones en el campo de la planificación familiar, a efecto de dirigir sus esfuerzos hacia un objetivo común.

3. Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción (2007-2012):

La planificación familiar y la anticoncepción es una de las intervenciones más costo-efectivas para reducir la mortalidad materna e infantil; ante el rezago observado en este tema, la administración 2006-2012 definió este Programa como estratégico y prioritario (Plan Nacional de Desarrollo y Programa Sectorial de Salud-PROSESA).

5. Acuerdo del H. Consejo Técnico del IMSS para la atención de mujeres sin afiliación referidas por complicaciones obstétricas desde su programa de extensión IMSS-Oportunidades:

Otorgamiento de atención médica en hospitales de 2do. y 3er. Nivel a las mujeres embarazadas que se identifiquen como beneficiarias del Programa IMSS-Oportunidades

La Ley del Seguro Social y conforme a la propuesta de la Dirección de Prestaciones Médicas, que presenta con oficio 466 de fecha 22 de marzo de 2006, Acuerda: Primero.- Autorizar que los hospitales de segundo y tercer nivel de atención del régimen obligatorio del Instituto Mexicano del Seguro Social, otorguen atención médica que incluya la atención del parto y del recién nacido en caso de embarazos de alto riesgo, así como las urgencias médico quirúrgicas derivadas de complicaciones del embarazo, parto y/o puerperio y que ponga en riesgo su vida y la del recién nacido, a las mujeres que se identifiquen como beneficiarias del Programa IMSS-Oportunidades, o bien que sean referidas por las unidades médicas de dicho Programa, sin perjuicio del eficaz otorgamiento de las prestaciones a que tienen derecho los trabajadores y demás beneficiarios del régimen obligatorio así como autorizar que los costos derivados de la atención médica proporcionada en los términos de este Acuerdo, sean cubiertos con cargo al presupuesto asignado del Programa IMSS-Oportunidades, con base en los costos unitarios por nivel de atención, aplicables para el cobro de servicios a pacientes no derechohabientes y efectuando los registros contables correspondientes de tal manera que no se afecten las finanzas institucionales, ni las aportaciones obrero patronales.

6. Embarazo Saludable: Establece que toda mujer con diagnóstico de embarazo deberá ser afiliada al Seguro Popular disminuyendo los costos de bolsillo.

7. Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México, en la que se postula que la mortalidad materna puede ser reducida en 40% a 2012 (partiendo de cifras de 2006) si se superan los factores que condicionan las tres demoras de acuerdo con el modelo adoptado por la Organización Mundial de la Salud:

- Demora en buscar atención médica.
- Demora en tener acceso a los servicios de salud, y
- Demora en recibir un tratamiento adecuado (desde mayo de 2009).

8. Convenio Interinstitucional entre Secretaría de Salud (SSA), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) e IMSS por el cual toda mujer que presente una emergencia obstétrica debe ser atendida en cualquier unidad médica de las instituciones mencionadas, sin discriminación por razón del estado de afiliación (desde mayo de 2009).

9. Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE). Desde la SSA federal se establece este documento como un mecanismo presupuestario, que se firma anualmente entre la SSA y los SESA. Contiene asignación presupuestaria a los 31 programas bajo la rectoría de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de Salud, de la SSA y, por ende, todos los relacionados con la atención en salud sexual y reproductiva.

3.9 OBJETIVOS DEL MILENIO

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son las metas, cuantificadas y cronológicas, que el mundo ha fijado para luchar contra la pobreza extrema en sus varias dimensiones: hambre, enfermedad, pobreza de ingresos, falta de vivienda adecuada, exclusión social, problemas de educación y de sostenibilidad ambiental, entre otras.

Los ODM son el resultado de un compromiso que en el año 2000 hicieron 191 jefes de Estado y de Gobierno en la Cumbre del Milenio, para trabajar a favor de ocho objetivos, que contienen un total de 17 metas.

Este compromiso, conocido como la Declaración del Milenio, se firmó en septiembre del 2000 y fijó ocho objetivos que tienen como fecha límite de cumplimiento el año

2015, por lo que estas metas simbolizan grandes desafíos que dependen en gran medida de la voluntad y del manejo de los países en el tiempo acordado.

Los ocho objetivos del Milenio son:

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal

Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

En el objetivo número 5 se menciona el reducir para las 2015 tres cuartas partes la mortalidad materna, En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Entre 1990 y 2015, la RMM solo se redujo en un 2,3% al año. Sin embargo, a partir de 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5%.

3.9.1 OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE RELACIONADOS CON LA SALUD

Se busca para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

3.10 MORTALIDAD MATERNA EN ZONAS RURALES

Las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada. Esto es especialmente cierto en regiones con pocos profesionales sanitarios cualificados, como el África subsahariana y Asia Meridional. Aunque la atención prenatal ha aumentado en muchas partes del mundo durante el último decenio, solo el 51% de las mujeres de los países de ingresos bajos se benefician de una atención especializada durante el parto. Esto significa que millones de partos no son asistidos por un médico, una matrona o una enfermera diplomada.

En los países de ingresos elevados, prácticamente todas las mujeres realizan como mínimo cuatro consultas prenatales, son atendidas durante el parto por profesionales sanitarios capacitados y reciben atención posnatal. En 2015, solamente el 40% de las embarazadas de países de ingresos bajos realizaron las consultas prenatales recomendadas.

Otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son:

- la pobreza
- la distancia
- la falta de información

- la inexistencia de servicios adecuados
- las prácticas culturales.

Para mejorar la salud materna hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario.

Respuesta de la OMS

Durante la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2015, celebrada en Nueva York, el Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-Moon presentó la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente

La Estrategia es una hoja de ruta para la agenda posterior a 2015, tal como se describe en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y tiene como meta acabar con todas las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes, además de crear un entorno en el que estos grupos de población no solo sobrevivan, sino que además se desarrollen y vean transformarse sus entornos, su salud y su bienestar.

Como parte de la Estrategia mundial para acabar con la mortalidad materna prevenible, la OMS está colaborando con los asociados para:

resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en el acceso a ellos; lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal; abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna, y de discapacidades conexas; reforzar los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad a fin de que respondan a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas; y garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad.

3.11 FACTORES SOCIALES EN LA MORTALIDAD MATERNA

Estos son un conjunto de factores personales, sociales, ambientales políticos y formas de organización social que generan exclusión y marginación, abarcan todas

las dimensiones de la salud produciendo así diferencias significativas en la mortalidad y expectativa de vida.

Socioeconómico y político

Sistema social que sitúa a las personas a exposiciones diferentes de recursos, poder y reconocimiento originando una vulnerabilidad diferencial, como fruto de la acumulación de exposiciones a distintos factores o situaciones de daño a lo largo de la vida.

El Gobierno y los diferentes niveles de políticas que afectan el mercado de trabajo, la distribución de la tierra y la vivienda. Estos determinantes establecen el recurso financiero y la estructura administrativa de los sistemas de salud.

Las circunstancias materiales como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo y residencia.

Las circunstancias psicosociales como la falta de apoyo social dentro de su red social; si se recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información y desarrollan nuevos contactos sociales.

Los factores conductuales y biológicos de la salud

En donde los estilos de vida son patrones de comportamiento determinados por la interacción entre: características personales, interacciones sociales y las condiciones de vidas socioeconómicas y ambientales.

El sistema de atención de salud es en sí mismo un determinante social de la salud; influye en los efectos de otros determinantes sociales y se ve influido por éstos.

4.- EMBARAZOS EN LOS EXTREMOS DE LA VIDA Y SU RELACIÓN CON EL PARTO.

El embarazo en edades extremas de la vida es un riesgo innegable, pues no dejan de existir situaciones y problemas que ponen en peligro la vida de la madre y el feto. En la literatura biomédica se afirma que el embarazo en mujeres mayores de 35

años trae complicaciones para el binomio madre-hijo. Se trata de una paciente de alto riesgo obstétrico al igual que las menores de 19 años, como grupo de riesgo en la edad extrema de la vida.

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica. Es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual.

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados, y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad. Las pacientes adolescentes embarazadas sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos, determinados por una menor educación, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población.

Dentro de las complicaciones de mayor prevalencia en embarazos adolescentes y mujeres de más de 35 años están los partos prolongados, Estrechez pélvica, desproporción céfalo caudal, distocias, flebitis y tromboembolia, poli hidramnios, ruptura prematura de membranas, acretismo placentario, placenta previa, enfermedades hipertensivas.

4.1 PARTOS PROLONGADOS

El trabajo de parto prolongado es una dilatación cervical o un descenso fetal

anormalmente lento durante el trabajo de parto. El diagnóstico es clínico y el tratamiento se realiza con oxitócica, parto vaginal operatorio o cesárea.

La enfermera obstetra debe conocer los datos clínicos y tiempos normales de la evolución normal del parto para darle resolución oportuna, evitando daños al feto y a la madre.

Una vez que el cuello se dilata a más de 4 cm, en general se produce un trabajo de parto activo. Normalmente, la dilatación cervical y el descenso de la cabeza en la pelvis se producen a una velocidad de al menos 1 cm por hora y con mayor rapidez en las mujeres multíparas.

Etiología

El trabajo de parto prolongado puede producirse por una desproporción céfalo pelviano, que puede producirse por una pelvis materna anormalmente pequeña o por un feto anormalmente grande o mal posicionado.

Otra causa son las contracciones uterinas hipotónicas o bien demasiado potentes o demasiado frecuentes llamadas hipertónicas.

Diagnóstico:

Evaluación de las dimensiones pelvianas, la posición y el tamaño del feto, y las contracciones uterinas.

Respuesta al tratamiento:

El diagnóstico es clínico, debe identificarse la causa para así determinar el tratamiento. La evaluación de las dimensiones fetales y pelvianas a veces permite determinar si la causa es una desproporción feto pelviana.

A menudo, el diagnóstico se basa en la respuesta al tratamiento con Oxitócica. Cesárea por desproporción feto pelviana o disfunción hipotónica intratable o bien parto instrumentado durante la segunda etapa del trabajo de parto.

4.2 ESTRECHEZ PÉLVICA

La obstetra debe de conocer las dimensiones pelvianas y las dimensiones cefálicas del producto para descartar posibles inconvenientes del parto vaginal.

La desproporción entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del feto que impide el paso del mismo sin riesgos por el canal pélvico. Se denomina Pelvis estrecha cuando las medidas de la pelvis son menores a lo normal.

Etiología:

- Malformaciones congénitas fetales
- desnutrición materna
- macrostomia fetal, traumatismos
- secuelas ortopédicas maternas
- diabetes
- embarazo adolescente.

Factores de Riesgo:

- Medio ambiente
- condicionales de desnutrición
- estilos de vida
- inicio precoz de la vida sexual
- factores hereditarios
- diabetes
- talla corta
- gestantes mayores de los 35 años
- distocias en los partos anteriores.

Cuadro Clínico: Alteración detectable al examen obstétrico, falta de descenso de la presentación dentro de las últimas 2 semanas para las primigestas, falta de progresión del trabajo de parto, tanto en la fase activa como en el periodo de expulsión.

4.3 DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA DCP

La desproporción céfalo-pélvica, se define como la imposibilidad del parto por vía vaginal, cuando el conducto pélvico es insuficiente para permitir el paso del feto ya sea por disminución de las dimensiones de la pelvis en relación a un determinado feto o bien porque el volumen parcial o total del feto resulte excesivo para una determinada pelvis. Es decir, hay una pérdida de la relación feto pélvico.

La DCP es uno de los problemas que con mayor frecuencia se encuentra en la obstetricia, y es responsable de cifras importantes de morbi-mortalidad materna y fetal.

Las complicaciones que tendrá la madre en la sala de partos será de tipo emocional ya que muchas de las veces las mujeres prefieren parto y no cesárea, ante estos casos el personal de salud y sobre todo de enfermería debe dedicar tiempo para darle ayuda psicológica y explicar las razones por las cuales se deberá tener un parto abdominal.

4.4 EVENTO TROMBO EMBOLICO

La enfermedad tromboembolia venosa es un conjunto de alteraciones que abarcan la trombosis venosa profunda (TVP), la embolia de pulmón y el síndrome pos trombótico.

Cuando un vaso se rompe, el sistema denominado de hemostasia permite que la sangre circule por los vasos e impide su salida al exterior, deteniendo la hemorragia mediante la creación de un trombo que está limitado a la zona de la lesión vascular.

La trombosis venosa es la ocupación de las venas por un trombo. Si éste es grande y se asienta en las venas profundas de las piernas se pueden desprender fragmentos pequeños y obstruir el flujo sanguíneo en los pulmones cuando ascienden, dando lugar a la embolia de pulmón.

Además, con el tiempo, la vena trombosada se dilata y la sangre se estanca. La pierna aumenta de tamaño y la piel puede llegar a ulcerarse. Esta piel adquiere un color azulado con tendencia a hincharse. A este proceso se le denomina síndrome pos trombótico.

Las condiciones asociadas al embarazo y puerperio que incrementan el riesgo son: embarazo múltiple, hiperémesis gravídica, desequilibrio hidroelectrolítico, hemorragia preparto, operación cesárea, infección postparto, hemorragia postparto y transfusión sanguínea.

El nacimiento mediante cesárea duplica el riesgo para evento trombótico venoso comparado con el nacimiento por vía vaginal; sin embargo, en aquellas mujeres a las que se les practica cesárea y que no tienen factores de riesgo, la incidencia de ETV es baja.

4.5 HIDRAMNIOS (POLI HIDRAMNIOS) Y OLIGODRAMNIOS

El líquido amniótico es un líquido acuoso se encuentra dentro de un revestimiento denominado membrana amniótica o saco amniótico y fluye alrededor del feto durante el embarazo.

Poli hidramnios es líquido amniótico excesivo; se asocia con complicaciones maternas y fetales. El diagnóstico es mediante la medición ecográfica de líquido amniótico Si los síntomas son graves o si se producen contracciones prematuras dolorosas, el tratamiento también puede incluir la reducción manual del volumen de líquido amniótico.

Las causas de poli hidramnios incluyen las siguientes:

- Malformaciones fetales
- Gestación múltiple
- Diabetes materna
- Anemia fetal, incluyendo anemia hemolítica debido a la incompatibilidad Rh

- Otros trastornos fetales
- anomalías genéticas
- Idiopática

Complicaciones

- Con poli hidramnios, el riesgo de las siguientes complicaciones se incrementa:
- Contracciones pre término y, posiblemente, trabajo de parto prematuro
- Rotura prematura de membranas
- Mala posición fetal
- Compromiso respiratorio materno
- Prolapso del cordón umbilical
- Atonía uterina
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Muerte fetal

Los riesgos tienden a ser proporcional al grado de acumulación de líquido y varían con la causa. Pueden ocurrir otros problemas como lo son la puntuación de APGAR bajo, sufrimiento fetal, necesidad de parto por cesárea.

Las mujeres con poli hidramnios pueden tener hipertensión inducida por el embarazo.

Signos y síntomas

El poli hidramnios suele ser asintomático. Sin embargo, algunas mujeres, especialmente cuando el poli hidramnios es grave, tienen dificultad para respirar, y/o contracciones pre término dolorosas. A veces el tamaño uterino es mayor que el esperado para las fechas.

Diagnóstico

Medición ecográfica del líquido, ecografía completa, incluyendo la evaluación de malformaciones fetales, pruebas maternas por causas sospechadas en base a los antecedentes.

El poli hidramnios generalmente se sospecha en base a hallazgos ecográficos o el tamaño del útero que es más grande de lo esperado para las fechas. Sin embargo, las estimaciones cualitativas del volumen de líquido amniótico tienden a ser subjetivas.

Oligodramnios

El oligohidramnios es una afección en la que hay muy poco líquido amniótico alrededor del feto. Se produce en alrededor del cuatro por ciento de los embarazos.

Existen diversas causas del oligohidramnios. Por lo general, se produce por afecciones que evitan o disminuyen la producción de líquido amniótico. Los factores relacionados con el oligohidramnios incluyen los siguientes:

- Ruptura prematura de las membranas
- Restricción del crecimiento intrauterino
- Parto tardío
- Defectos de nacimiento, en especial malformaciones del tracto urinario y los riñes
- Altura del fondo uterino menor de la esperada para la edad gestacional

4.6 PERIODO INTER GENÉSICO

El periodo inter genésico es un tema primordial en la planificación de embarazos subsecuentes a partos, cesárea y abortos. A todas las parejas se les recomienda esperar entre dos y tres años para concebir un nuevo embarazo.

El periodo inter genésico se considera un factor importante en el desenlace de los recién nacidos vivos. A pesar de lo anterior, existen factores que obstaculizan la priorización de este espaciamiento genésico; por ejemplo, la falta de un registro epidemiológico en nuestro país de la prevalencia de periodo inter genésico (corto y largo), la correcta definición de los términos del intervalo genésico y su aplicación posterior a un parto, aborto y cesárea

4.7 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS RPM

La ruptura prematura de membranas es una apertura de la bolsa amniótica antes de que comience el trabajo de parto. Si ocurre antes de las 37 semanas de embarazo, se denomina "ruptura prematura de membranas pre término".

La ruptura prematura de membranas hacia el fin del embarazo puede ser causada por un debilitamiento natural de las membranas o por la fuerza de las contracciones. Antes de término, la RPM suele producirse por una infección en el útero.

Otros factores que pueden estar vinculados incluyen los siguientes:

Condición socioeconómica baja ya que las mujeres en condiciones socioeconómicas bajas tienen menor probabilidad de recibir cuidados médicos prenatales adecuados

- Infecciones de transmisión sexual como la clamidia y la gonorrea
- Parto prematuro previo
- Hemorragia vaginal
- Tabaquismo durante el embarazo
- Causas desconocidas

La RPM es un factor que causa complicaciones en un tercio de los nacimientos prematuros. Un riesgo significativo es que la mayoría de los bebés nacen dentro de una semana después de la ruptura de membranas. Otro riesgo importante es el desarrollo de una infección grave de los tejidos de la placenta llamada "corioamnionitis", que puede resultar muy peligrosa para la madre y el bebé. Otras complicaciones que pueden surgir incluyen el desprendimiento de la placenta compresión del cordón umbilical, el parto por cesárea y la infección posparto.

Además de un examen físico y una historia clínica completa, los procedimientos para diagnosticar la RPM pueden incluir lo siguiente:

- Examen del cuello del útero
- Examen del pH del fluido

- Examen de fluido seco con un microscopio
- Ecografía para observar el funcionamiento de los órganos internos y evaluar la cantidad de fluido en torno al producto.

El médico determinará el tratamiento específico basado en lo siguiente:

Embarazo, estado de salud general e historia clínica

Gravedad de la afección

Tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o tratamientos

El tratamiento de la ruptura prematura pre término de membranas puede incluir Internación, vigilancia de indicios de infección como por ejemplo fiebre, dolor, aumento del pulso fetal o exámenes de laboratorio, iniciar medicación con cortico esteroides, que puedan ayudar a que los pulmones del feto maduren, antibióticos y tocolicos para detener el trabajo de parto prematuro.

4.8 ACRETISMO PLACENTARIO

La placenta acreta es una placenta anormalmente adherente que produce una postergación del alumbramiento. En la placenta acreta, las vellosidades placentarias no son contenidas por las células deciduales uterinas, como ocurre normalmente, sino que se extienden por el miometrio.

El diagnóstico prenatal se realiza por ecografía y el tratamiento se realiza con una cesárea programada más histerectomía.

Etiología

- Edad materna mayor a los 35 años
- Multiparidad
- Miomas submucosos
- Cirugía uterina previa, incluso la miomectomía
- Lesiones endometriales como el síndrome de Asherman

En tales casos, la extracción manual de la placenta, a menos que se realice escrupulosamente, produce una hemorragia posparto masiva.

Signos y síntomas

En general, el sangrado vaginal es profuso durante la separación manual de la placenta después de un parto. Sin embargo, el sangrado puede ser mínimo o estar ausente, pero no se produce la expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos posteriores a la salida del feto.

Diagnóstico: por Ecografía. Si la ecografía no es concluyente, se realiza resonancia magnética y de flujo Doppler.

Durante el parto, el trastorno se sospecha si La placenta no ha sido expulsada a los 30 minutos de la salida del bebé.

Los intentos de extracción manual no pueden crear un plano de separación y a la tracción de la placenta se causa hemorragia de gran volumen.

Cuando se sospecha una placenta acreta, se requiere una laparotomía con preparación para una hemorragia de gran volumen.

4.9 PLACENTA PREVIA

La placenta previa es la implantación de la placenta sobre o cerca del orificio cervical interno. Típicamente, ocurre un sangrado vaginal indoloro con sangre roja y brillante después de las 20 semanas de gestación.

El diagnóstico se realiza con ecografía y el tratamiento es reposo en cama para el sangrado vaginal menor antes de las 36 semanas de gestación, y cesárea después de la semana 36 si se documenta la madurez pulmonar fetal. Si el sangrado es intenso o si el estado fetal es preocupante, está indicada la extracción quirúrgica inmediata del feto, en general por cesárea.

Clasificación

La placenta previa puede ser total: cubre completamente el orificio cervical interno

Parcial: cubre parte del orificio interno

Marginal: en el borde del orificio cervical

Implantación baja: dentro de 2 cm del orificio cervical, pero sin llegar hasta él.

La incidencia de placenta previa es de 1 de cada 200 partos. Si la placenta previa se descubre durante la primera parte del embarazo, en general se resuelve para las 28 semanas a medida que el útero se agranda.

Factores de riesgo:

- Multiparidad
- Cesárea previa
- Anomalías uterinas que inhiben la implantación normal
- Tabaquismo
- Embarazo múltiple
- Extremos de la vida

Complicaciones:

- Para las pacientes con placenta previa o una placenta de implantación baja los riesgos incluyen mala presentación fetal
- rotura prematura de membranas pre término
- restricción del crecimiento fetal, vasa previa e inserción vellamentosa del cordón umbilical

Signos y síntomas:

En general, los síntomas comienzan durante la parte final del embarazo con un sangrado vaginal repentino e indoloro; la sangre puede ser rojo brillante y abundante, a veces incluso con shock hemorrágico. En algunas pacientes, hay contracciones uterinas con el sangrado.

Diagnóstico: Ecografía transvaginal, comprobado el diagnóstico y el tipo de placenta previa, vigilancia estrecha y programación de cesárea.

4.10 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS EN EL EMBARAZO

La hipertensión es el trastorno médico más común del embarazo y complican 1 de cada 10 gestaciones.

La principal preocupación acerca de la presión arterial elevada son sus posibles efectos perjudiciales, tanto para la madre como para el feto.

Clasificación:

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

Hipertensión que se presenta después de la semana veinte de gestación, proteinuria negativa. En la postparto cifras tensionales normales al ser Hipertensión Transitoria o Cifras elevadas al ser Hipertensión crónica.

PRE-ECLAMPSIA

Hace referencia a la presencia de cifras tensionales mayores o iguales a 140/90mmHg, proteinuria mayor a 300mg/24horas, Creatinina Sérica elevada mayor a 30mg/mmol, en la gestante con embarazo mayor a 20 SDG o hasta dos semanas posparto.

PRE-ECLAMPSIA CON DATOS DE SEVERIDAD

Cifras tensionales mayor o igual 160/110 mmHg y síntomas con compromiso de órgano blanco. Puede cursar con cefalea, visión borrosa, fosfenos, dolor en flanco derecho, vómito, hipersensibilidad hepática, Síndrome HELLP, trombocitopenia, elevación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL), enzimas hepáticas elevadas.

ECLAMPSIA

Es una complicación de pre eclampsia severa, frecuentemente acompañada de síntomas neurológicos, que incluye: convulsiones, hiperreflexia, cefalea y alteraciones visuales graves, enfermedad cerebro vascular, edema pulmonar, abrupcio placentae, puede aparecer hasta el décimo día postparto.

HIPERTENSIÓN CRÓNICA

Definida como la presencia de hipertensión arterial mayor o igual a 140x90 mmHg antes del embarazo, antes de la semana veinte de gestación o hasta la semana sexta postparto, asociada o no a proteinuria.

HIPERTENSIÓN CRÓNICA MÁS PRE-ECLAMPSIA SOBREGREGADA

Hace referencia al desarrollo de pre-eclampsia o eclampsia en una mujer con hipertensión crónica preexistente.

Los desórdenes hipertensivos están asociados con severas complicaciones maternas y contribuyen a la mortalidad materna. Asimismo, incrementan la presencia de parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso para edad gestacional y muerte perinatal.

Los factores de riesgo reconocidos, asociados a hipertensión gestacional y preeclampsia incluyen:

- Edad materna
- Paridad
- Raza
- Historia familiar de pre-eclampsia
- Presión arterial materna
- Embarazo mediante técnicas de reproducción asistida.
- Índice de masa corporal
- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial crónica
- Insuficiencia renal crónica
- Trastornos inmunológicos
- Trombofilias

Si se detecta hipertensión durante el embarazo en mujeres previamente sanas o en aquellas con alto riesgo de pre eclampsia se sugiere evaluar la hospitalización a corto plazo, para distinguir la hipertensión gestacional, pre eclampsia o hipertensión arterial crónica secundaria y en caso de confirmarse el trastorno hipertensivo iniciar el tratamiento adecuado.

Además de la monitorización de la presión arterial, la investigación por laboratorio también es necesaria para monitorear cualquier cambio en parámetros bioquímicos como lo son las pruebas de función renal y hepáticas que pueda afectar el pronóstico fetal y materno.

Los exámenes de laboratorio recomendados para monitorear a las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo son: Hemoglobina y hematocrito, recuento plaquetario, AST, ALT, Deshidrogenasas láctica (DLH), creatinina y en presencia de proteinuria, cuantificación de proteínas en orina de 24 horas. La medición de ácido úrico suele utilizarse como marcador de la gravedad de la pre eclampsia.

La monitorización del feto incluye ultrasonido fetal para evaluar el peso fetal y el volumen del líquido amniótico, prueba sin estrés para evaluar la reactividad del ritmo cardíaco fetal.

Amerita hospitalización urgente aquella paciente que presente: hipertensión severa, dolor en epigastrio, dolor en hipocondrio derecho, náusea y vómito, aun cuando no se demuestre de manera inmediata proteinuria.

Se debe proporcionar consejería con respecto a las estrategias de tratamiento, los riesgos de la medicación a la mujer embarazada con diagnóstico de trastorno hipertensivo en el embarazo.

El objetivo primario del tratamiento antihipertensivo es la reducción de la morbilidad materna y limitar los episodios de hipertensión severa.

No hay estudios controlados que determinen el momento de terminación del embarazo en mujeres embarazadas con hipertensión crónica. Sin embargo, un

estudio observacional demostró que la inducción de parto entre las 38 y 39 semanas parece compensar el incremento en las posibles complicaciones maternas como pre eclampsia sobre agregada o desprendimiento prematuro de placenta normo inserta contra los beneficios fetales y resultados perinatales adversos.

5.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

5.1 INTERROGATORIO

Como primer contacto enfermera-paciente está el interrogatorio. El acto de investigar la historia clínica y obstétrica de la paciente nos dará pauta para brindar la atención médica hospitalaria desde la recepción a la unidad tóco quirúrgica hasta su egreso del hospital.

Historia clínica y examen físico obstétrico

En su mayor parte el interrogatorio contiene los mismos elementos esenciales que se aplican para la anamnesis de la embarazada como para la de cualquier otro paciente. La información detallada sobre los antecedentes obstétricos es crucial puesto que, en su mayoría, las complicaciones en embarazos previos tienden a recurrir en los posteriores.

Se debe comenzar por los datos generales de la paciente, el motivo de su consulta o internamiento, historia del embarazo o la enfermedad actual, antecedentes patológicos y no patológicos y antecedentes ginecológicos.

Nuestro enfoque en los antecedentes obstétricos debe de estar claro, debemos de indagar en el número de gestas, abortos, hijos vivos, hijos muertos, periodos menstruales, uso de anticonceptivos, inicio de vida sexual y número de parejas, finalmente una historia de enfermedades de transmisión sexual que haya presentado con anterioridad.

En la paciente asintomática, la historia clínica persigue fundamentalmente identificar factores de riesgo de la paciente, para así determinar si es necesaria la realización

de exploraciones o pruebas complementarias, cuáles y en qué orden deben realizarse o solicitarse.

En el caso de la obstetricia y ginecología, la obtención de esta información también es fundamental de cara al consejo reproductivo y promoción de hábitos de vida saludables.

Por lo tanto, la hoja de enfermería con historia clínica debe incluir los siguientes apartados: datos de filiación, motivo de consulta o internamiento, antecedentes personales y antecedentes familiares.

Datos de filiación

Los datos de filiación que deben incluirse en toda historia ginecológica deben ser los siguientes:

- Edad.
- Estado civil.

A las pacientes que manifiestan algún síntoma y/o signo. Debe describirse dicho síntoma o síntomas, procurando seguir orden cronológico de su evolución, su intensidad, frecuencia y reflejando síntomas o signos acompañantes.

Igualmente debe reflejarse de la manera más fidedigna posible, información sobre las consultas y/o pruebas realizadas por la paciente con anterioridad. Indagar si la gestación es fruto de una relación sexual o tras técnica de reproducción asistida

Antecedentes personales

Los antecedentes personales consisten en una revisión de los antecedentes patológicos y hábitos de la paciente.

Antecedentes obstétricos y ginecológicos

Deben recogerse los siguientes datos:

- Fórmula de fertilidad: hace referencia al número de embarazos, abortos y partos que la paciente ha tenido a lo largo de su vida reproductiva hasta el momento de la consulta.
- Edad de la menarquia: cuándo tuvo la primera regla.
- Fecha de la última menstruación: se refiere al día en que empezó la última menstruación.

Si la paciente ha tenido partos deben reflejarse la vía del parto y la edad gestacional en la que se produjo, así como el peso del recién nacido. Si el parto fue instrumentado y qué instrumentación se realizó. Si fue cesárea, su motivo. Debe interrogarse por complicaciones que hubieran podido ocurrir tras el parto.

Antecedentes médicos y quirúrgicos

De manera general ha de preguntarse por:

- Grupo sanguíneo y Rh
- Alergias a medicamentos, metales o látex
- Fármacos u otros tratamientos que está tomando en el momento actual o recientemente.

Debe preguntarse específicamente por enfermedades crónicas y/o agudas, que se hayan sufrido o se padezcan en la actualidad. Es importante realizarlo de manera sistemática por órganos y aparatos, incluyendo los trastornos psiquiátricos.

Debe interrogarse sobre cirugías a las que la paciente haya sido sometida, especialmente de abdomen y pelvis.

Antecedentes generales

Es importante indagar sobre hábitos de consumo de sustancias tóxicas como alcohol, tabaco, drogas de uso ilegal. También debe reflejarse el trabajo que realiza la paciente para determinar los riesgos sanitarios, especialmente en caso de deseo de gestación o en pacientes gestantes. Igualmente debe reflejarse el tipo de nutrición y hábitos alimenticios o dietas. Así como intolerancias a lactosa, fructosa

o gluten. Antecedentes familiares Desde el punto de vista clínico, los antecedentes familiares más relevantes son los oncológicos y las enfermedades hereditarias.

Exploración física obstétrica en la sala de labor

La Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, menciona:

Que debe realizarse una exploración física completa incluyendo somatometría, fondo uterino, documentación de la frecuencia cardíaca fetal, medición, registro e interpretación de peso, talla, presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, crecimiento de fondo uterino, movimientos del feto y ultrasonido y registro cardiotocográfico de ser necesarios.

Exploración obstétrica

Inspección del abdomen: forma, volumen, simetría, estado de la superficie y movimientos fetales que en ocasiones observamos a través de la pared abdominal de la embarazada, con lo que se puede diagnosticar un feto vivo.

Palpación del abdomen: forma y volumen del útero, medición de la altura del fondo uterino, tono y características de las contracciones uterinas cuando están presentes, la medición se efectúa con una cinta métrica desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino, siguiendo la curva de la superficie abdominal

Aproximadamente a las 20 semanas del embarazo el fondo uterino se encuentra a nivel de la cicatriz umbilical.

Mediante las maniobras de Leopold se determinará la estática fetal. Los datos que se obtienen son más exactos si se realiza a partir de las 28 a 30 semanas.

Primera maniobra: se palpa suavemente el fondo uterino con la punta de los dedos de ambas manos. Determina el polo fetal y la presentación del feto.

Segunda maniobra: colocando las palmas de las manos a cada lado del abdomen, en un lado se percibe una estructura resistente y dura que corresponde al dorso del feto y del otro lado ondulaciones que son las pequeñas partes. con esta maniobra determinamos posición izquierda o derecha y situación.

Tercera maniobra: Se intenta abarcar la porción inferior de útero por encima del pubis, entre el dedo pulgar y los dedos restantes de la mano. Determinando la presentación fetal.

Cuarta maniobra: con la punta de los dedos de cada mano se trata de ejercer presión profunda en dirección del eje del estrecho superior de la pelvis determinando el encajamiento fetal.

(Véase en la figura 5.1.1 en anexos, pag 219.)

Auscultación del abdomen: investigar la vitalidad fetal. La frecuencia y el ritmo de los latidos cardiacos fetales nos informan el bienestar fetal o sufrimiento fetal

(Véase en la figura 5.1.2 en anexos, pag.217)

Tacto vaginal: Para diagnosticar anomalías del aparato genital o patologías del mismo, así como determinar posición, borramiento y dilatación del cérvix, presentación, la variedad de posición, grado de descenso de la presentación e integridad de las membranas. Además, con el examen vaginal se puede sospechar o diagnosticar una estenosis de la pelvis o una desproporción céfalo-pélvica.

(Véase en la figura 5.1.3 en anexos, pag217)

Se debe de tener monitorizado al binomio madre e hijo, valorar progreso y evolución detallada del trabajo de parte y descartar posibles complicaciones.

5.2 TRIAGE OBSTÉTRICO

La palabra “triage”, proviene del verbo francés “Trier”, que significa clasificar o seleccionar y fue de uso común en algunas labores agrícolas. En el contexto médico

fue utilizada inicialmente durante las Guerras de Coalición en el siglo XVIII, por indicación de Napoleón Bonaparte al jefe médico de sus tropas.

En la actualidad, en la atención de las emergencias médicas se continúa aplicando el Triage, valorando las necesidades del paciente para la determinación del sitio apropiado para el tratamiento definitivo.

En obstetricia, la estrategia del Triage fue utilizada desde 1999 en Canadá, con la participación de personal de enfermería; otros países que lo han implementado son Inglaterra, España, Chile, El Salvador y México. Donde empezó a implementarse fue en el Instituto de Salud del Estado de México en el año 2002, como una respuesta a la saturación de los servicios de urgencias obstétricas y habiendo probado su factibilidad en unidades médicas de esta entidad federativa.

El Triage es un proceso de valoración técnico-médica rápida de las pacientes obstétricas, mediante la aplicación del sistema de escalas, que permite clasificarlas en función de su gravedad/emergencia a fin de recibir inmediata atención médica o su espera segura para recibir ésta.

En tococirugía permite identificar de manera expedita a aquellas pacientes que son candidatas a la activación del Código Mater para la participación del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), diferenciándolas de aquellas que, aunque recibirán atención, no implican el mismo sentido de emergencia.

El Triage, no es un procedimiento administrativo más, es la oportunidad de garantizar la organización sistemática y confiable de los servicios de urgencias obstétricas o de admisión de la unidad de tococirugía, cuando la demanda es importante.

Objetivo general: Otorgar atención médica oportuna y de calidad a las usuarias del servicio de urgencias obstétricas o de admisión de la unidad de tococirugía, al clasificar mediante la escala del Triage obstétrico, sus condiciones de salud y el tiempo para recibir atención.

Véase en figura *triage obstétrico* anexos pág.

Objetivos específicos:

- Mejorar la respuesta de atención médica acorde a las necesidades de las usuarias.
- Establecer la prioridad de atención obstétrica asistencial, de acuerdo al nivel de gravedad y riesgos identificados.
- Establecer criterios homogéneos, científicos y coherentes ante la necesidad de atención que la usuaria presenta.
- Contribuir a agilizar la atención efectiva, en caso de emergencia obstétrica
- Reducir la duración de los tiempos de espera y contribuir a disminuir la ansiedad de la paciente y familiares al establecer comunicación sobre su situación de salud, el proceso para recibir atención y el tiempo aproximado de espera.

Propósitos del Triage:

Identifica rápidamente a las usuarias en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado o normalizado de clasificación

Asegura la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica de la usuaria

Asegura la reevaluación periódica de las usuarias que no presentan condiciones de riesgo vital

Determina el área más adecuada para tratar una paciente que se presenta en el servicio de urgencias

Disminuye la saturación del servicio, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio

Proporciona información que ayuda a definir la complejidad del servicio

Clasificación: La clasificación se basa en un sistema de puntuación, que consiste en métodos sencillos y prácticos de la utilización de mediciones fisiológicas de rutina para identificar a las usuarias en riesgo.

Este sistema facilita la asistencia oportuna a todas las usuarias, una vez identificadas, por aquellas/os que poseen habilidades apropiadas, conocimientos y experiencia.

Elementos para la evaluación:

- 1) Observación de la usuaria
- 2) Interrogatorio
- 3) Signos vitales.

(Ejemplificación)

1. Código rojo (emergencia)

Elementos	Criterios de valoración
Observación	La paciente se encuentra somnolienta, estuporosa o con pérdida de la consciencia, con datos visibles de hemorragia, con crisis convulsivas en el momento de la llegada, respiración alterada o cianosis.
interrogatorio*	Antecedente reciente de convulsiones, pérdida de la visión, sangrado transvaginal abundante, cefalea pulsátil, amaurosis, epigastralgia, acúfenos, fosfenos.
Signos vitales	Con cambios graves en sus cifras: En caso de hipertensión la tensión arterial igual o mayor a 160/110 mm Hg, en caso de hipotensión la tensión arterial igual o menor a 89/50 mm Hg, correlacionar con la frecuencia cardiaca. Índice de choque > 0.8. Frecuencia cardiaca entre la tensión arterial sistólica.

	Frecuencia cardiaca, menor de 45 o mayor de 125 latidos por minuto (lpm), siempre correlacionar con cifras de tensión arterial. Temperatura mayor a 39°C, o menor a 35°C. La frecuencia respiratoria se encuentra por debajo de 16 o por arriba de 20 respiraciones por minuto.
--	---

2. Código amarillo (urgencia calificada)

Elementos	Criterios de valoración
Observación	La paciente se encuentra consciente, sin datos visibles de hemorragia, sin crisis convulsivas en el momento de la llegada, no existen alteraciones en la ventilación, existe palidez, puede estar ansiosa por su condición clínica.
Interrogatorio*	Puede manifestar datos relacionados con actividad uterina regular, expulsión de líquido transvaginal, puede referir hipomotilidad fetal, responde positivamente a uno o varios datos de alarma de los siguientes: sangrado transvaginal escaso/moderado, cefalea no pulsátil, fiebre no cuantificada.

Signos vitales	Cambios leves en sus cifras: P Tensión arterial está entre 159/109 mm Hg y 140/90 mm Hg, en caso de hipotensión, la tensión arterial está entre 90/51 y 99/59 mm Hg, correlacionar con frecuencia cardiaca. P Frecuencia cardiaca, con mínima entre 50-60 y máxima entre 80-100 latidos por minuto, siempre correlacionar con cifras de tensión arterial. P Índice de Choque (0.7 a 0.8). Frecuencia cardiaca entre la tensión arterial sistólica. P Temperatura de 37.5 o C a 38.9o C.
----------------	---

Elementos	Criterios de valoración
Observación	La paciente se encuentra consciente, sin datos visibles de hemorragia, sin crisis convulsivas en el momento de la llegada. No existen alteraciones en la ventilación. No existe coloración cianótica de la piel. No existen datos visibles de alarma obstétrica grave.
Interrogatorio*	Puede manifestar datos relacionados con actividad uterina irregular, expulsión de moco, con producto con edad gestacional referida de término o cercana al término, motilidad fetal normal. Responde negativamente interrogatorio a datos de alarma obstétrica.
Signos vitales	Se encuentran dentro de la normalidad, no existen datos de hipertensión, hipotensión, taquicardia, ni fiebre.

3. Código verde (urgencia no calificada)

5.3DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE RIESGO OBSTÉTRICO

En los establecimientos para la atención médica durante el parto y puerperio, se debe disponer de la capacidad para detectar, registrar, asignar y manejar oportunamente el riesgo reproductivo, obstétrico y perinatal para cada embarazo, el

cual debe servir para planear y aplicar un plan de vigilancia y manejo de forma individual y con la intervención de los especialistas acordes a cada situación.

Se deben garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad .Se requiere de un buen análisis clínico en donde se Identifiquen oportunamente los factores de riesgo en la sala de labor tales como son:

- padres con DM o familiares en primer grado, antecedente de diabetes gestacional en embarazos anteriores.
- Edad mayor de 25 años o edad adolescente
- Peso al nacer de la paciente igual o mayor que 4 Kg; obesidad igual o mayor que 90Kg, IMC Kg/E² igual o mayor que 30Kg/E² antes del embarazo,
- hijos/as con peso al nacer igual o mayor que 4,000KG
- Antecedente de óbito o aborto recurrente
- hijos con malformaciones congénitas
- hipertensión arterial crónica.
- Se es de mucha importancia Identificar e informar a la mujer embarazada, sobre el alto riesgo que representan las adicciones a sustancias químicas, la automedicación, la exposición de fármacos, tabaco, marihuana, alcohol o sustancias psicoactivas o psicotrópicas y otras drogas con efectos potencialmente agresivos para la madre y el producto, que puedan tener repercusiones embrio–fetal.
- En la atención a la madre durante el parto, vigilar estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración
- Identificar datos de depresión o cualquier otro trastorno en relación a la salud mental parto y puerperio
- realizar la búsqueda intencionada de ejercicio de violencia sexual, familiar o de género.
- Exploración física completa que incluya: signos vitales, peso, talla y evaluación del estado nutricional

- Exploración bucodental, mamaria, auscultación cardiaca materna, medición del fondo uterino y de la frecuencia cardiaca fetal en su caso,
- Todas estas actividades deben ser anotadas en el expediente clínico para cada consulta otorgada.
- Revisar Biometría hemática completa; Grupo sanguíneo y factor Rh.

En Paciente Rh negativo realizar Coombs indirecto; la prueba de Coombs indirecta se utiliza para detectar anticuerpos que podrían atravesar la placenta y atacar las células del feto, causando la enfermedad hemolítica del recién nacido.

- Glucosa en ayuno y a la hora (poscarga de 50 g)
- Creatinina
- Ácido úrico
- Examen general de orina
- urocultivo y en caso positivo informarse sobre el tratamiento farmacológico prescrito.
- Prueba de laboratorio para detectar sífilis en la embarazada y prevenir sífilis congénita
- La detección de VIH
- En aquellas mujeres que no se sometieron a tamizaje durante las etapas tempranas del embarazo debe ofrecerse la realización del mismo, antes del parto o en el postparto inmediato, para las medidas profilácticas o terapéuticas que apliquen.
- Exámenes de gabinete pertinentes. De acuerdo a valoración clínica y evolución del embarazo, se podrá solicitar estudio ultrasonográfico.

En todos los casos de urgencia obstétrica calificada, tales como hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos del embarazo, amenaza de parto pretérmino, sepsis o con enfermedades concomitantes graves, se debe brindar atención médica integral con oportunidad y calidad, activando códigos y protocolos acorde a la normatividad.

En especial, en mujeres primigestas, procurar la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo

5.4 EXAMINACIÓN

En la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero se debe de interrogar sobre la percepción de las contracciones uterinas dolorosas, así como monitorizarlas con registro grafico del triple gradiente del toco dinamómetro.

Debe de inspeccionarse la presencia del tapón mucoso, salida de líquido o sangre transvaginal, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: características de membranas amnióticas, presentación, variedad de posición, grado de encajamiento, dilatación y borramiento, posición del cuello uterino y proporción céfalo- pélvica; cabe mencionar que se debe de comprobar preferentemente con la pelvimetría. (véase imagines ilustrativas en anexos pág.)

Es de suma importancia la vigilancia estrecha de la sinología vital de la madre y la frecuencia cardiaca fetal.

Todo lo anterior nos dará pauta para evaluar el progreso o estancamiento del trabajo de parte y nos guiará a mantener en labor a la paciente o si por lo contrario debemos de referirla a parto abdominal.

(Ref anexos pag.)

Finalizado el parto, la madre debe permanecer en observación rigurosa por 2 a 4 horas en una sala habilitada para ello en lo posible contigua a la sala de parto. Debe vigilarse estrechamente el pulso, presión arterial y temperatura. Debe evaluarse la retracción uterina, la pérdida de sangre genital, realizar un balance hídrico, aliviar el dolor y entregar el apoyo psicológico necesario.

5.5 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO QUE DESENCADENA EL TRABAJO DE PARTO

5.5.1 INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Se refiere a los diferentes tratamientos utilizados para iniciar o acelerar el trabajo de parto a un ritmo más rápido. El objetivo es provocar las contracciones o hacer que estas sean más fuertes.

Oxitocina

La inducción con oxitocina se realiza para corregir las alteraciones que con frecuencia se presentan al inicio del proceso activo del trabajo de parto. La oxitocina se utiliza para ayudar al inicio de la dinámica uterina y prevenir morbilidad materno infantil.

La oxitocina estimula selectivamente las células de los músculos lisos del útero aumentando la permeabilidad al sodio de las membranas de las miofibrillas, se producen contracciones rítmicas cuya frecuencia y fuerza aumentan durante el parto, debido a un aumento de los receptores a la oxitocina. La oxitocina también ocasiona una contracción de las fibras musculares que rodean los conductos alveolares de la mama estimulando la salida de la leche.

Las indicaciones específicas de la oxitocina en las que ha demostrado su eficacia va acompañada de circunstancias específicas de la paciente que puede condicionar la forma de la administración del fármaco o incluso contraindicarlo.

La Oxitocina sintética utilizada en dosis altas contrae tan violentamente el útero que puede terminar en el fallecimiento del producto o bien producir una ruptura uterina.

Oxitocina se administra por vía intravenosa para inicio y aumento del trabajo de parto. También se puede administrar por vía intramuscular para control del sangrado postparto. Oxitocina no se une a proteínas plasmáticas y se elimina a través del riñón y del hígado, con una vida media en la circulación de 5 min

Embarazo de duración prolongada:

Diversas indicaciones terapéuticas autorizadas sugiere que se administre solución salina 0.9% de 500ml + 2 UI de oxitocina intravenoso.

Iniciar a 2 UI por minuto lo que da 8 gotas por minuto, modificar cada 30 según sea necesario y de acuerdo a respuesta.

Duración prolongada del parto:

Sugiere administración de solución salina 0.9% de 500ml + 2 UI de oxitocina endovenoso. Iniciar a 2 UI por minuto equivalente a 8 gotas por minuto, monitorear y modificar cada 30 según sea necesario y de acuerdo a respuesta sobre el estímulo.

Hipo dinamia uterina:

Sugiere solución salina al 0.9% de 500 ml + 2 UI de oxitocina intravenoso. Iniciar a 2 UI por minuto equivalente a 8 gotas por minuto, modificar cada 30 minutos según sea necesario y de acuerdo a respuesta.

Atonía uterina:

Solución salina 0.9% 500 ml + 2 UI de oxitocina Intravenoso. Iniciar a 2 UI por minuto. (8 gotas por minuto), modificar cada 30 minutos según sea necesario y de acuerdo a respuesta.

Ruptura prematura de membranas:

infusión intravenosa 2.5 UI en 500 ml de solución Hartman glucosa, a 10 gotas por minuto.

Hipodinamia uterina más atonía uterina irregular: Indique conducción del trabajo de parto: administre solución salina 500 ml + 2 UI de oxitocina IV. Iniciar a 2 UI por minuto. (8 gotas por minuto), modificar cada 30 minutos según sea necesario y de acuerdo a respuesta.

Operación cesárea:

5 U.I. por vía intramuscular o por inyección intravenosa lenta inmediatamente después de la extracción del feto.

Prevención de la hemorragia uterina durante el posparto:

La dosis administración puede variar, se sugiere 5 U.I. en solución 0.9% salina 1000 ml a cuarenta gotas por minuto vía endovenosa o bien de 5-10 U.I. por vía intramuscular, tras la expulsión de la placenta.

En pacientes a los que se les administra oxitocina para inducción del parto, podría continuarse la perfusión a una velocidad acelerada durante el tercer periodo del parto y durante algunas horas después.

Tratamiento de la hemorragia uterina durante el posparto:

Es de 5 U.I. por inyección I.V. lenta o 5-10 U.I. por vía I.M. seguidas en los casos graves de perfusión intravenosa de una solución con 5-20 U.I. de oxitocina en 500 ml de solución glucosada isotónica a una velocidad necesaria para controlar la atonía uterina. (T. Blanco, A. Serrano, R. Suarez, 2012, pág. 31)

Ruptura de membranas

Un método para inducir el trabajo de parto es la ruptura de membranas. Tras un examen pélvico se utilizará un amio to a través del cuello uterino para crear una ruptura artificial en la membrana.

Para este procedimiento el cuello uterino debe estar dilatado y la cabeza del feto debe haber descendido hacia su pelvis.

La mayoría de las veces, las contracciones empezarán al cabo de unos minutos tras haber realizado esta maniobra. Se puede suministrar oxitocina para ayudar a que las contracciones empiecen.

Véase ilustración anexos pag.

Misoprostol

Misoprostol 25mcg comprimidos vaginales está indicado en la maduración cervical e inducción del parto a término, especialmente en casos de cuello uterino inmaduro, siempre que no existan contraindicaciones fetales o maternas.

Misoprostol 200mcg comprimidos vaginales está indicado para la dilatación del cérvix de útero no grávido previa a una histeroscopia u otros procedimientos ginecológicos que requieran acceder a la cavidad uterina

El mecanismo de acción de misoprostol se basa en que, al igual que otras prostaglandinas produce maduración cervical, dilatación y reblandecimiento del cuello uterino disminuyendo la cantidad de fibras de colágeno y permitiendo que se intercale entre ellas una mayor cantidad de agua.

Por otro lado, y de forma consecutiva, el misoprostol aumenta la frecuencia y la intensidad de las contracciones del músculo liso uterino de forma que las fibras se orientan en el sentido de la tensión ejercida sobre ellas, facilitando así la expulsión del contenido uterino. Estas propiedades del misoprostol permiten su utilización en la maduración cervical, en la inducción del parto, en la prevención o tratamiento de la hemorragia posparto.

Posología: La forma de administración es la vía vaginal. La dosis debe ser adaptada a la respuesta de la paciente y deberá mantenerse siempre a los niveles más bajos que produzcan una respuesta uterina satisfactoria.

La dosis recomendada para la presentación es de 25 mcg de misoprostol a intervalos no menores de 4-6 horas.

La dosis recomendada para la presentación de 200 mcg es de 400 mcg de 2 a 8 horas antes, en úteros sin historial de cesárea previa o cicatrices uterinas y de 2 a 4 horas antes en úteros con historial de cesárea previa o cicatrices uterinas.

5.6 CUIDADO INTEGRAL EN EL TRABAJO DE PARTO

Recomendaciones y trato digno de la enfermera a la paciente

El cuidado de enfermería que hace énfasis en la humanización, tiene que ir más allá de realizar un simple procedimiento, debe permitir reflexionar sobre las necesidades

de las mujeres que se encuentran en trabajo de parto y parto, las cuales deben ser atendidas con especial consideración por su estado de vulnerabilidad, quienes poseen una serie de experiencias acumuladas durante toda su vida y que fueron aprendidas directamente o transmitidas de generación en generación.

Siempre se debe reconocer que las pacientes están inmersas en una sociedad y en un medio ambiente que, probablemente, condicionan su comportamiento y su respuesta durante el trabajo de parto y parto.

Existen innumerables evidencias científicas que reafirman que el estrés producido por un entorno desconocido durante el parto, sumado a una atención mecanizada y medicalizada aumentan el dolor, el miedo y la ansiedad de las mujeres produciendo un efecto en cascada que genera mayor cantidad de intervenciones y, consecuentemente, más efectos adversos en la madre y el niño.

Estos y otros antecedentes dan lugar al surgimiento de la protección de los derechos de la madre, padre e hijo, la enfermera debe proteger y hacer partícipe a la familia en la protección y el cuidado de la mujer y el niño.

El uso de prácticas efectivas y seguras dan fortalecimiento de otras iniciativas de promoción de la salud perinatal.

En la cultura organizacional, se debe considerar la atención centrada en la familia y segura como una de sus prioridades y cuenta con un alto grado de convencimiento y compromiso por parte de sus autoridades y de los miembros del equipo de salud.

La enfermera tiene el compromiso de dar orientación, información a la paciente y a sus familiares.

Uno de los objetivos se centra en el fortalecimiento de otras iniciativas de promoción de la salud perinatal en particular, promueve fuertemente la lactancia materna.

Se debe de recomendar y promover el vínculo corporal entre la madre y el recién nacido, exigiéndose el mayor respeto a dicho vínculo, al reconocerse la necesidad del recién nacido a la internación conjunta con su madre en sala durante el menor plazo posible y la necesidad de la madre de mantenerse a su lado.

Está claro que la enfermera es quien más pasa tiempo con la madre en el proceso de parto, teniendo esto en cuenta, es claro que enfermería, debe contar con las herramientas que le permitan desarrollar su misión, debe tomar una postura activa, con libertad de actuación y no de sumisión, y realizar su trabajo con autonomía, empoderamiento y seguridad, aplicando su cuerpo de conocimientos de igual forma requiere de independencia, seguridad y apoyo administrativo, gerencia del servicio, interacción armoniosa y respetable en el equipo multi - profesional.

Se debe capacitar y actualizar permanentemente para brindar un cuidado con conocimiento, calidez, eficacia, eficiencia, pertenencia y continuidad.

Es importante destacar que el contacto físico es un factor de comodidad importante, ya que trasciende las barreras entre el profesional y el paciente, estableciendo una relación de confianza y apoyo emocional.

Acciones como la presencia constante, la atención y la comodidad influyen positivamente; en los momentos difíciles es de gran ayuda el diálogo, e incluso pequeños actos como tomarle la mano hacen la experiencia del parto más cómoda y relajada.

Brindar apoyo continuo a la madre durante el parto trae resultados positivos en la reducción del consumo de drogas para el dolor, parto instrumentado, duración del trabajo de parto y la disminución de tasas de cesáreas.

Mencionando algunas tareas específicas tenemos las siguientes:

- I. Favorecer un ambiente agradable, tranquilo, facilitando la aplicación de las terapias alternativas, y brindar apoyo psicológico y soporte espiritual.
- II. Promover la privacidad, llamar a la paciente por su nombre, mantener contacto físico y psicológico con ella y dar información al familiar.
- III. Ofrecer a la mujer el máximo de informaciones y explicaciones; esto es una actividad humanízate que debemos realizar durante el cuidado y atención de la gestante en salas de partos.
- IV. La ausencia de comunicación e interacción asertiva es perjudicial para las madres, ya que les puede generar ansiedad y afecta los vínculos afectivos y

de confianza que debe existir entre los profesionales de enfermería y la gestante, además, es la forma de dar cumplimiento a los objetivos de informar y aclarar las dudas e inquietudes a la madre, para lograr su participación activa en la toma de decisiones durante el nacimiento y posteriormente, para su autocuidado y el que debe recibir su recién nacido.

- V. Utilizar técnicas no invasivas y no farmacológicas de alivio del dolor: durante el trabajo de parto, como masajes y técnicas de relajación; uno de los elementos considerados como relevantes en el cuidado humanizado de las embarazadas es la utilización de métodos no invasivos y no farmacológicos de alivio de los dolores del parto. Los más usados son el baño con agua tibia, los masajes y el caballito o 'balancito', que consiste en estimular a la embarazada a mover las caderas de un lado para el otro de forma circular para facilitar el encaje y rotación del feto en la pelvis.
- VI. Son técnicas que estimulan el aumento del flujo sanguíneo, mejorando la circulación cutánea y de los tejidos, y removiendo los productos del cansancio. Valorar las necesidades y expectativas de las embarazadas en relación con la atención recibida: la relación entre enfermera y embarazada es establecida con atención, cordialidad, respeto y resolución de los problemas.
- VII. Los profesionales de enfermería deben evitar lenguaje inapropiado por parte del equipo de salud, que pueda interferir con el buen desarrollo del trabajo de parto.
- VIII. Los profesionales de enfermería deben motivar la comunicación clara y sencilla con la mujer gestante durante el trabajo de parto y el parto para disminuir la ansiedad.
- IX. Los profesionales de enfermería deben establecer una relación con la gestante basada en la cordialidad, respeto y resolución de los problemas; deben estar atentos a las necesidades de la gestante y a sus expectativas.
- X. Los profesionales de enfermería deben respetar las prácticas culturales de las parturientas enmarcadas en conservar, negociar o reestructurar el cuidado.

- XI. Los profesionales de enfermería deben propiciar alternativas terapéuticas para el manejo del dolor durante el trabajo de parto, para lograr así un parto humanizado.
- XII. Los profesionales de enfermería deben tener en cuenta que las mujeres que se encuentran en trabajo de parto necesitan especial atención en cada una de las fases, para tolerar el dolor, la ansiedad y el temor a complicaciones
- XIII. Los profesionales de enfermería deben permitir a las gestantes ser acompañadas durante el trabajo de parto, de su esposo o compañero, y/o familiar de apoyo.
- XIV. Los profesionales de enfermería deben identificarse y saludar a la gestante y su familia, permitiendo establecer una buena relación de ayuda; la cortesía sincera y la sonrisa ofrecen acercamiento y seguridad para alguien que se enfrenta a una situación nueva, llena de incertidumbre, estrés y expectativa.
- XV. Los profesionales de enfermería deben asumir el compromiso ante el que da y recibe el cuidado, el cual se percibe a través de fenómenos relacionados con la asistencia, técnicas adecuadas, manejo de tecnologías, capacidad para prevenir complicaciones, conductas de apoyo y actitudes de cuidado dirigidas a dignificar a otros en su condición humana para lograr un crecimiento integral
- XVI. Los profesionales de enfermería deben destinar tiempo en la comunicación con los familiares y es preciso recordar que desde el momento que la mujer ingresa a la sala de trabajo de parto, pierde el contacto directo con sus familiares; la intervención de la enfermera, en este momento, juega un papel importante para identificar las necesidades.

5.7 NORMA 007

Introducción

El artículo 4o., de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece los derechos humanos de toda persona a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. La

Ley General de Salud en su artículo 3o., fracción IV, define la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61, del mismo ordenamiento jurídico, reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como de la persona recién nacida y etapas posteriores, vigilando su crecimiento y desarrollo.

La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza. Por ello se busca contribuir al cumplimiento de dos de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio que el Gobierno de México hizo suyos, junto con 189 países más, al adoptar la Declaración del Milenio en el año 2000, hasta el 2015 la atención materna y perinatal basada en el objetivo 4, que corresponde a disminuir la mortalidad de los niños menores de cinco años, en dos terceras partes entre 1990 y 2015, y el 5 que es "Mejorar la Salud Materna", con el 5.A, que se refiere a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, y lograr la cobertura universal de asistencia al parto, actualmente orientamos las acciones a la nueva Estrategia Mundial para la salud de la Mujer, la Niñez y la adolescencia 2016-2030, que tiene como objetivo lograr el más alto nivel de salud para todas la mujeres, los niños y adolescentes transformar el futuro y garantizar que cada recién nacido, la madre y el niño no sólo sobreviva, sino que prospere. La estrategia se basa en el éxito de la estrategia 2010, lo que ayudó a acelerar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

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

Estos seis objetivos se refieren a:

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

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

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

perspectiva de género y las acciones afirmativas (concebidas como medidas efectivas, caracterizadas por su dimensión temporal que inciden en la reducción de las desigualdades) que permitan reducir las brechas de desigualdad entre mujeres y hombres.

En este Programa se incorpora el objetivo 4 Fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar; que en su estrategia 4.2 contempla Impulsar el acceso de las mujeres a los servicios de cuidado a la salud en todo el ciclo de vida y explícitamente incluye la línea de acción 4.2.8 Reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.

Ante este escenario, es vital incrementar esfuerzos y dar un renovado impulso al fortalecimiento de los servicios de salud, mejorando su regulación, organización, cobertura y calidad, a fin de avanzar más rápidamente en el logro de las metas establecidas, satisfacer de manera más equitativa las necesidades de salud materno-infantil de la población de México y reducir los contrastes sociales que persisten en esta materia. En este contexto, se incorporan a esta Norma aspectos relevantes enfocados a la salud materna y a la prevención de la morbilidad materna y perinatal, mediante intervenciones previas a que una mujer decida embarazarse, así como durante su embarazo, parto y puerperio y establecer el manejo del autocuidado como una acción de corresponsabilidad para enlazar con el personal de salud, por lo que adquiere importancia el mejorar la calidad de la atención prenatal desde el periodo preconcepcional, es decir, que se realice una valoración correcta del riesgo reproductivo en mujeres con enfermedades concomitantes y en adolescentes; promover la planificación familiar, la detección temprana de diabetes gestacional mediante la realización de tamiz de glucosa, con base en la evidencia científica, sabiendo que su diagnóstico y tratamiento oportunos impactarán en la salud materno-fetal y mejorará además el pronóstico de la mujer una vez finalizado su embarazo.

En ese mismo sentido, se busca impedir la transmisión perinatal de sífilis y VIH, mediante su detección y tratamiento oportunos. Se promueve, además, la adecuada

nutrición, la prescripción de hierro y ácido fólico, y multivitamínicos, así como, evitar el uso y abuso de sustancias tóxicas y adictivas para prevenir bajo peso y daños en el feto.

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

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

Esta norma respeta los derechos reproductivos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva.

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

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

preventivas, o bien, el tratamiento correspondiente con mínimas secuelas y evolución satisfactoria.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención, entre los que destacan, el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas generalizadas que llevadas a cabo en forma rutinaria y sin indicaciones generan riesgos innecesarios. Por lo tanto, las acciones incluidas en esta Norma, tienden a favorecer el desarrollo fisiológico de cada una de las etapas del embarazo y a prevenir la aparición de complicaciones.

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

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

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

La violencia sexual y la violencia a la mujer pueden ocasionar embarazos no deseados, problemas ginecológicos, abortos provocados e infecciones de

transmisión sexual, entre ellas, la infección por sífilis y/o VIH. La violencia o maltrato hacia la mujer durante el embarazo aumenta la probabilidad de sufrir abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer, para lo cual es necesario realizar acciones de prevención primaria de la violencia familiar y de género, así como canalizar a servicios especializados a las mujeres que la viven, sobre todo si se encuentran en etapa gestacional.

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

Objetivo y campo de aplicación

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

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

Referencias

Esta Norma se complementa con las normas oficiales mexicanas siguientes o las que las substituyan:

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA3-2013, Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2102, Para la atención integral a personas con discapacidad.

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención de la salud del niño.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.

Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.

Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba.

Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Disposiciones generales

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

La consulta preconcepcional debe fomentarse para promover la salud de la mujer y de su descendencia, evaluar la salud de la mujer en esta etapa permite identificar condiciones de riesgo reproductivo, en el embarazo y, sobre todo, llevar a cabo medidas preventivas. La asistencia del personal de salud debe estar dirigida a identificar y aconsejar sobre los problemas existentes, situar a la mujer en las mejores condiciones de salud posible para embarazarse y planear de forma objetiva el momento más adecuado para el embarazo. Ver Apéndices C y D Normativos, de esta Norma.

En las consultas preconcepcional y prenatal, se debe incluir valoración por el servicio de estomatología.

El examen de valoración debe incluir, una historia clínica completa, realizar exámenes de laboratorio básicos para detectar alteraciones que puedan incrementar el riesgo obstétrico y otorgar elementos educativos para un adecuado control prenatal, embarazo saludable, parto fisiológico y puerperio sin complicaciones, además de los factores educativos que le permitan lograr

exitosamente una lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses postparto.

La atención debe ser integral y enfocada a considerar la reproducción humana como una expresión de los derechos reproductivos, para que sea libremente escogida y segura; fomentando la corresponsabilidad en el cuidado de la salud de la mujer, su pareja, la comunidad y el personal de salud e informar sistemáticamente de las ventajas de lograr un periodo intergenésico mínimo de 2 años, para reducir los riesgos a largo plazo y planificar adecuadamente la familia.

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

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

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

La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos,

principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.

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

para la atención médica, en su caso. Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.

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

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

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

Atención del embarazo.

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

Elaborar y registrar la historia clínica en un expediente, carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada (ver Apéndice J Normativo, de esta Norma), debiendo tener los siguientes apartados:

Identificación de la embarazada, su nombre completo que acredite con una identificación oficial edad, escolaridad, estado civil, empleo, lugar de residencia habitual, teléfono y los datos de algún familiar o amistad para establecer contacto en caso necesario;

Identificar antecedentes heredo familiares, personales patológicos y personales no patológicos;

Identificar antecedentes de embarazos previos y su resolución mediante interrogatorio intencionado para datos de: cesárea, preeclampsia, hemorragia obstétrica, parto pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino, óbito, pérdida repetida de la gestación, DG y malformaciones fetales.

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

Calcular la edad gestacional y fecha probable de parto, mediante el uso de los siguientes métodos:

Wahl y Naegele: Al primer día de la FUM agregar 7-10 días y al mes se le restan 3;

A partir del primer día de la FUM se contarán 280 días, esa será la fecha probable de parto, y en algunos casos, cuando hay dudas o se desconoce la FUM, el ultrasonido es un auxiliar para la estimación de la edad gestacional.

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

Identificar los siguientes factores de riesgo para DG: Padres con DM o familiares en primer grado; antecedente de DG; edad mayor de 25 años; peso al nacer de la paciente igual o mayor que 4 Kg; obesidad igual o mayor que 90Kg, IMC Kg/E² igual o mayor que 30Kg/E² antes del embarazo; pacientes con tamiz alterado, a la hora

igual o mayor que 130mg/dl; hijos/as con peso al nacer igual o mayor que 4,000g; antecedente de óbito; aborto recurrente; hijos con malformaciones congénitas e hipertensión arterial crónica.

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

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

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

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

Exploración física completa que incluya: signos vitales, peso, talla y evaluación del estado nutricional. Todas estas actividades deben ser anotadas en el expediente clínico para cada consulta otorgada.

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

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

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

Solicitar los siguientes exámenes de laboratorio:

1. Biometría hemática completa;
2. Grupo sanguíneo y factor Rh. En Paciente Rh negativo (coombs indirecto);
3. Glucosa en ayuno y a la hora (poscarga de 50 g);
4. Creatinina;
5. Ácido úrico;
6. Examen general de orina; se recomienda realizar prueba rápida con tira reactiva en cada consulta prenatal e indicar urocultivo para que en caso positivo se inicie tratamiento antibacteriano.
7. Prueba de laboratorio para detectar sífilis en la embarazada y prevenir sífilis congénita;

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

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

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

1ª consulta: entre las 6 - 8 semanas;

2ª consulta: entre 10 - 13.6 semanas;

3ª consulta: entre 16 - 18 semanas;

4ª consulta: 22 semanas;

5ª consulta: 28 semanas;

6ª consulta: 32 semanas;

7ª consulta: 36 semanas; y

8ª consulta: entre 38 - 41semanas.

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

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

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

En la consulta prenatal efectiva y periódica, los prestadores de servicios de salud deben brindar a la embarazada, información clara, veraz y basada en evidencia científica, sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca sobre los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar. Resaltar la atención ante posibles complicaciones que pueden poner en riesgo su vida y la de la persona recién nacida y que debe estar alerta ante los primeros signos y síntomas para buscar atención médica inmediata. La consulta prenatal debe ofrecer la oportunidad de aclarar dudas a la embarazada, especialmente para aquéllas que cursan su primer embarazo; durante todo el embarazo se deben efectuar acciones para prevenir o detectar la presencia de enfermedades preexistentes o subclínicas, diabetes gestacional, infecciones de vías urinarias, infecciones periodontales y preeclampsia; además de promover el autocuidado y la preparación para el nacimiento, quedando registrado en el expediente clínico.

Consultas subsecuentes.

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

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

Hacer interrogatorio dirigido buscando datos de alarma en el embarazo.

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

Consultar la Guía de Práctica Clínica de Detección y Tratamiento Inicial de las Emergencias Obstétricas

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

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

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

Las mujeres con diagnóstico de DG deben ser referidas a un establecimiento para la atención médica de 2o. o 3er.nivel de atención en donde puedan recibir un manejo inmediato especializado. Entre las 6 y 12 semanas posteriores al término de la gestación a toda mujer con diagnóstico de diabetes gestacional se le debe realizar

una CTG a fin de identificar a las mujeres con diabetes mellitus; así como para proporcionar el seguimiento especializado a su hija/o.

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

Promover la lactancia materna exclusiva, excepto en los casos medicamente justificados, entre ellos, el de madre VIH positiva, en los cuales, se recomendará sucedáneos de la leche materna o humana, conforme a la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.7, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.

Proveer información completa sobre los métodos anticonceptivos, así como proporcionar la oferta sistemática de éstos conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencias, de esta Norma, así como establecer mecanismos efectivos para la referencia y atención de la anticoncepción post-evento obstétrico, de preferencia en el post-parto o post-aborto inmediato y antes del alta hospitalaria, para aquellas mujeres que durante su control prenatal y su atención del parto expresen su deseo de usar algún método anticonceptivo.

Vacunar a la embarazada conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.21, del Capítulo de Referencias, de esta Norma;

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

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

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

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

En todos los casos de urgencia obstétrica, tales como hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos del embarazo, amenaza de parto pretérmino, sepsis o con enfermedades concomitantes graves, se debe brindar atención médica integral con oportunidad y calidad.

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

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

El control prenatal debe ser realizado por personal calificado para la atención prenatal, con pertinencia cultural, considerando las diversas cosmovisiones en salud, especialmente de los pueblos indígenas, estar dirigido a la promoción de estilos de vida saludables, a la prevención, detección y control de factores de riesgo

obstétrico como anemia, preeclampsia, complicaciones hemorrágicas del embarazo, infecciones cérvico vaginales, urinarias y de transmisión sexual, restricción del crecimiento intrauterino y detección y control de otras patologías preexistentes e intercurrentes con el embarazo, y aplicar las medidas de atención oportuna, Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México; 2014.

Realizar en cada consulta subsecuente, la búsqueda intencionada de los factores de riesgo y posibles complicaciones de acuerdo con los lineamientos y guías de práctica clínica vigentes.

Prevención del peso bajo al nacimiento.

El prestador de los servicios de salud que proporciona atención obstétrica debe seguir los criterios y procedimientos básicos para la prevención, detección oportuna de los factores de riesgo y manejo adecuado ante la amenaza de parto pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino y peso bajo al nacimiento. Ver el Apéndice E Normativo, de esta Norma.

La detección oportuna se debe realizar 3 meses antes del embarazo y durante la gestación.

Los procedimientos preventivos deben incluir la orientación a la mujer para el autocuidado, la identificación de los signos de alarma y la búsqueda de atención médica oportuna. Esta orientación también debe ser proporcionada a su pareja o a algún familiar.

Para detectar la restricción del crecimiento intrauterino se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento del incremento del peso materno, altura del fondo uterino, y del estudio ultrasonográfico, realizado preferentemente en etapas tempranas del embarazo (antes de las 20 semanas de gestación). En caso de sospechar restricción del crecimiento del feto, se debe confirmar el diagnóstico, clasificar, establecer el manejo y el seguimiento en el segundo o tercer nivel de atención.

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

Atención del parto.

En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo.

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 integrará la 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.

Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará 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, líquido o sangre a través de los genitales, se deben tomar signos vitales, presión arterial, temperatura, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino,

además de evaluar características de membranas amnióticas, para decidir la conducta a seguir conforme a la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México; 2014. Y en el caso de pérdida de sangre transvaginal, deben descartarse complicaciones como 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 propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atención médica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda, en tanto no exista contraindicación médica. Si la madre escoge recostarse deberá recomendarse el decúbito lateral izquierdo para prevenir hipotensión materna y riesgo de hipoxia fetal.

La prescripción de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto se realizará según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.4 del Capítulo de Referencias, de la Norma.

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

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

A la recepción de la embarazada en trabajo de parto, la tricotomía vulvo perineal y la aplicación de enema evacuante, no serán de aplicación obligatoria, excepto en los casos que por indicación médica así se requiera. Asimismo, se debe reducir el

número de tactos vaginales. En todo caso, la mujer debe ser informada previamente y debe existir nota médica en el expediente clínico. Se recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica.

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 tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.

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

El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.

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, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.

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

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

promovida por las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, en los lugares donde es culturalmente utilizado y aceptado.

El pinzamiento y corte del cordón umbilical se debe 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 isoimmunizada, circular de cordón al cuello y sufrimiento fetal agudo, el pinzamiento y corte debe ser inmediato.

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

La revisión manual o instrumental de la cavidad uterina no debe realizarse de manera rutinaria; no es una maniobra sustitutiva de la comprobación de la integridad de la placenta. Sólo ante la sospecha de retención de restos placentarios, previa información a la paciente, bajo estricta técnica de antisepsia y analgesia, se debe realizar la revisión de la cavidad uterina por personal calificado.

En todas las puérperas Rho (D) negativas se debe pinzar el cordón umbilical únicamente en el extremo que corresponde 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:

1. Tipo y atención del parto;
2. Fecha y hora de nacimiento;

3. Condiciones de la persona recién nacida al nacimiento: valoración Silverman Anderson, Apgar, sexo, edad gestacional, examen antropométrico completo, estado de salud, pronóstico, aplicación de medicamentos 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
4. En caso de realizar la operación cesárea, es necesario registrar con detalle en el expediente clínico los diagnósticos que condujeron a dicho procedimiento quirúrgico, y el o los profesionales de la salud responsables de la decisión;

Debe informarse oportunamente a la mujer de esta decisión y sus fundamentos, lo que también debe registrarse en el expediente clínico, incluyendo los riesgos y beneficios asociados y las consideraciones en futuros embarazos y partos después de la operación cesárea, y

Al final de este periodo, se debe valorar las condiciones clínicas para la aplicación de algún método anticonceptivo indicado en el postparto inmediato, como es el dispositivo intrauterino, siempre y cuando se haya cumplido con el proceso de consejería y de consentimiento informado.

Atención a la persona recién nacida.

La atención de la persona recién nacida viva implica asistencia en el momento del nacimiento, así como la primera consulta de revisión entre los 3 y 5 días posteriores al nacimiento, y la segunda a los 28 días posteriores al nacimiento.

Todo establecimiento para la atención médica que proporcione atención obstétrica debe tener reglamentados procedimientos para la atención de la persona recién nacida que incluyan:

Reanimación neonatal; de ser necesaria;

Manejo del cordón umbilical;

Valoración de Apgar, conforme al Apéndice F Normativo, de esta Norma;

Valoración de Silverman Anderson. Apéndice G Normativo, de esta Norma;

Prevención de cuadros hemorrágicos con vitamina K 1 mg IM;

Prevención de oftalmopatía purulenta con antibiótico local

Exámenes físico y antropométrico completos;

Valoración de la edad gestacional o madurez física y neuromuscular de acuerdo al Apéndice H Normativo, de esta Norma;

Vacunación de la persona recién nacida conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana

Alojamiento conjunto

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

Para valorar la edad gestacional y la maduración neurológica, se emplearán el método de Capurro o el de Ballard modificado conforme a lo establecido en los Apéndices H e I Normativos, de esta Norma.

Se debe realizar el examen físico de la persona recién nacida.

Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva

En todo establecimiento para la atención médica en el que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud debe aplicar los criterios y procedimientos para favorecer la práctica de la lactancia materna exclusiva, así como el alojamiento conjunto, atendiendo a las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

Se debe promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de la persona recién nacida y promover continuarla de manera complementaria hasta el segundo año de vida.

Durante la lactancia, se debe vigilar estrechamente la prescripción y el uso de medicamentos administrados a la madre, conforme al Apéndice D Normativo, de esta Norma.

En los establecimientos para la atención médica no se permitirá promover fórmulas para lactantes o alimentos que sustituyan la leche materna.

La indicación de sucedáneos de leche materna o humana a menores de seis meses, únicamente se hará bajo prescripción médica y así se debe registrar en el expediente clínico.

Los establecimientos para la atención médica deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Se debe informar diariamente a las embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y de las implicaciones derivadas del uso del biberón y de los sucedáneos de la leche materna o humana.

Manejo de la niña o el niño, con peso bajo al nacimiento.

En las instituciones de salud se debe promover que la atención a la embarazada con amenaza o con trabajo de parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino de la persona recién nacida pretérmino o con peso bajo se lleve a cabo en establecimientos para la atención médica de segundo o tercer nivel de atención o por personal especializado.

Al nacimiento, se debe utilizar la curva de crecimiento intrauterino para clasificar a la persona recién nacida y tomar las medidas pertinentes en su manejo, de conformidad con el Apéndice E Normativo, de esta Norma. Se recomienda utilizar la clasificación mexicana de Jurado García o la clasificación internacional adaptada de Battaglia y Lubchenco.

Se debe promover que la persona recién nacida de bajo peso sea alimentada con leche de su propia madre.

La madre y el padre deben ser instruidos sobre los cuidados domiciliarios de la persona recién nacida de peso bajo, para su integración a programas específicos.

Prevención del retraso mental y otros daños producidos por errores congénitos del metabolismo como el hipotiroidismo congénito, la galactosemia, la fenilcetonuria y la hiperplasia de glándulas suprarrenales.

En caso de existir la mínima sospecha de enfermedad metabólica congénita, el personal de salud, debe promover la atención del recién nacido pretérmino, se lleve a cabo en establecimientos para la atención médica de segundo o tercer nivel de atención o por personal especializado.

En todo establecimiento para la atención médica en el que se atiendan partos y personas recién nacidas, se debe tomar muestra para el tamiz neonatal, tomando muestra del talón, idealmente, y a partir de las 72 horas del nacimiento hasta los 5 días de vida. Para casos especiales, consultar el Lineamiento Técnico, Tamiz Neonatal. Detección y Tratamiento Oportuno e Integral del Hipotiroidismo Congénito.

Promoción de la salud materna y perinatal.

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

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

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

Proporcionar información completa acerca de:

La calidad alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos.

El uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño/a.

Las ventajas de la lactancia materna exclusiva, la técnica de amamantamiento y la atención de los problemas más frecuentes.

Los cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención médica urgente, así como el lugar donde se podrá acudir para recibir la atención médica.

Los signos del inicio del parto y conducta ante los mismos.

Los cuidados de la persona recién nacida y signos de alarma que requieren atención médica urgente.

La importancia de la vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas de la niñez.

La prevención y control de enfermedades diarreicas y manejo del sobre vida suero oral.

Los esquemas de vacunación.

La planificación familiar desde el control prenatal la anticoncepción post evento obstétrico (APEO).

La detección oportuna de los defectos al nacimiento.

La prevención del retraso mental por hipotiroidismo congénito y otros errores del metabolismo.

Los cambios físicos y emocionales de la embarazada.

La importancia de la participación de la pareja y/o la familia durante el proceso grávido-puerperal.

En los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención localizadas en regiones indígenas, se debe promover la presencia de facilitadoras interculturales (traductoras indígenas) que apoyen en el proceso de traducción a las gestantes, respecto a los procedimientos a ser realizados, asegurando la total comprensión de los mismos, como un elemento indispensable para señalar su

conformidad con la realización de éstos. Todas estas acciones deben realizarse con pertinencia cultural, en contextos donde sea requerido.

Registro e información.

Las personas responsables de obstetricia y de pediatría de los establecimientos para la atención médica deben efectuar el registro de las atenciones obstétricas y a las personas recién nacidas, mediante formatos específicos que serán llenados por el personal de salud que preste el servicio y concentrados por las personas responsables del área de estadística correspondiente.

Para la certificación del nacimiento en el territorio nacional de toda persona nacida viva debe utilizarse el formato vigente del Certificado de Nacimiento y observarse la normativa aplicable a la expedición, uso y manejo de este Certificado.

Los Certificados de Nacimiento, Defunción y Muerte Fetal deben ser expedidos de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.20, del Capítulo de Referencias, de esta Norma y en las disposiciones jurídicas aplicables.

Toda defunción y muerte fetal ocurrida en territorio nacional será certificada mediante los formatos vigentes de los certificados de defunción y muerte fetal, de conformidad con la normativa aplicable a la expedición, uso y manejo de ambos certificados.

5.7 EPISIOTOMÍA Y EXPULSIÓN

La episiotomía consiste en la sección perineo vaginal realizada comúnmente en sentido medio lateral o en la línea media. Esta incisión se realiza en muchos países como un procedimiento más dentro de la rutina diaria de la atención de partos. No por esto se debe tomar como imprescindible su uso y realizar episiotomías a todas las mujeres que estén en trabajo de parto.

El uso de este procedimiento actualmente está en discusión. Muchos profesionales en el área de Ginecología y Obstetricia se preguntan si es realmente necesario

realizar la episiotomía a todas las mujeres, sobre todo a aquellas que vivirán un parto vaginal por primera vez.

Etimológicamente la palabra “episiotomía” derivada de episeión: pubis y temno: yo corto, significa cortar pubis. También llamada Colpoperineotomía, fue descrita por primera vez por Sir Fielding Ould, científico irlandés que dio a conocer la técnica al mundo en 1742 en su obra “Teatrise of midwifery in threeparts”.

En el siglo XIX fue estudiada y aplicada nuevamente por Michaelis, Tranier y Crede De Lee y Pomeroy, científicos que vivieron en el siglo XX también describieron la técnica, haciendo que esta sea tomada en cuenta para realizarla en el segundo periodo del trabajo de parto 2, 3.

En 1983 Thacker y Banta desacreditaron el uso rutinario de la episiotomía, poniendo en duda el uso en todas las embarazadas que cumplen los criterios dentro de las indicaciones.

Durante la asistencia al parto, existen determinadas variables, que podrían influir en la necesidad de realizar una episiotomía como lo son la paridad, edad gestacional, el inicio del parto ya sea espontáneo, inducido o estimulado, el uso de analgesia epidural, el uso de oxitocina, la posición durante la etapa de expulsión fetal, el peso del recién nacido del parto anterior.

El peso del recién nacido en relación a la episiotomía muestra una tendencia a no realizar episiotomía si es que los recién nacidos son de bajo peso <2.500, mientras que con un peso entre 2.500-4.000 gr. y >4.000gr., es de mayor tendencia a practicarse.

Clasificación de la episiotomía

Siete tipos de episiotomía han sido relatados en la literatura médica

1.- Mediana: comienza en la comisura posterior y sigue una línea recta hacia el tendón central del cuerpo perineal. Este tipo de episiotomía es comúnmente realizada en Estados Unidos y Canadá. 2.- Mediana modificada: se modifica la anterior adicionando dos incisiones transversales opuestas, una hacia la derecha y

otra hacia la izquierda. Esto para proteger el esfínter anal. Juntas no deben medir más de 2-3 cm.

3.- Episiotomía en forma de J: esta comienza con una incisión media y se va lateralizando hacia la tuberosidad isquiática para evitar proximidad con el esfínter anal. Para esta técnica es mejor usar tijeras curvas

4.- Medio lateral: es el tipo de episiotomía más usado en Europa y consiste en hacer una incisión recta desde la comisura posterior hacia la tuberosidad isquiática.

5.- Lateral: esta fue descrita en 1850, comienza en el introito vaginal y se dirige directamente hacia la tuberosidad isquiática.

6.- Lateral radical: esta es considerada como una incisión no obstétrica, pero a veces se ha usado en partos muy difíciles.

7.- Anterior: esta episiotomía se ha relacionado con mujeres que sufrieron mutilación genital. Actualmente es casi imposible encontrar literatura que incluya esta técnica. De estas, solo se utilizan dos; la incisión mediana y la incisión medio lateral. Esto por la facilidad en la técnica y la menor complicación de prolongación de la incisión que estas conllevan.

Objetivos e Indicaciones para realizar una episiotomía

Objetivos de la realización de una episiotomía son:

1. Acortar periodo expulsivo y disminuir mortalidad fetal
2. Evitar posible desgarro perineal.
3. Prevenir prolapso genital e incontinencia urinaria.

Estas pueden clasificarse en tres grandes grupos:

Coadyuvante de la operatoria obstétrica: por ejemplo, en la distocia de hombros, parto instrumentado con fórceps o espátulas Thierry.

Factores fetales: por ejemplo, para evitar la hipoxia del feto haciendo que la expulsión sea más rápida.

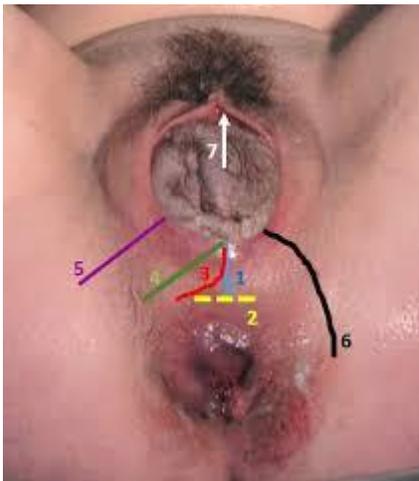
Factores maternos:

- Desgarro vulvovaginoperineal inminente
- madre con hipertensión endocraneana
- hipertensión ocular
- Cardiopatías
- entre otras

Ventajas y complicaciones de la episiotomía

Entre las ventajas están:

- ◆ Minimiza trauma de piso pélvico
- ◆ Aumenta luz del canal de parto
- ◆ Disminuye el tiempo del periodo expulsivo
- ◆ Evita sufrimiento fetal.
- ◆ Entre las complicaciones:
- ◆ Posibilidad de provocarse hematoma perineal
- ◆ Desgarro perineal severo
- ◆ Reconstrucción insatisfactoria



Mary Carmen Berazain Rodríguez, Luis Alberto Camacho Terceros. (2014). Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. 16 febrero 2019, de Revisión Revise Sitio web: http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v17n2/v17n2_a11.pdf

Periodo expulsivo

El conjunto de movimientos 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. Sin embargo, en la realidad y en condiciones fisiológicas, es un fenómeno continuo y simultáneo, sin interrupción.

Encajamiento

Es el mecanismo por el cual el diámetro biparietal del producto pasa a través del estrecho superior de la pelvis materna. Esto puede ocurrir en las últimas semanas de gestación o hasta el comienzo del trabajo de parto. En general, al encajarse, el producto se encuentra en una variedad de posición transversa que casi siempre es transitoria. Sin embargo, puede encontrarse en cualquier variedad de posición y si estas son occipito-posteriores pueden causar una distocia en el momento del nacimiento.

Descenso Este ocurre a lo largo del canal del parto, en nulíparas es subsecuente al encajamiento y en multíparas puede ser simultáneo a éste.

Depende de 4 fuerzas:

1. Presión del líquido amniótico
2. Presión del fondo uterino sobre la pelvis en las contracciones
3. Esfuerzo de pujo de la madre
4. Extensión y flexión del cuerpo fetal.

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.) presentará una flexión natural que lo lleva a ofrecer el su diámetro occipitofrontal en lugar del suboccipitobregmático.

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 (occipito anterior). Este giro es de 45° en las variedades anteriores, de 90° en las transversas y de 135° en las variedades posteriores.

Extensión

Este movimiento ocurre cuando la presentación fetal alcanza la vulva y el occipucio entra en contacto directo con el borde inferior de la sínfisis del pubis; en este movimiento tienen un papel importante la fuerza del útero sobre la cabeza, la cual es posterior, y la fuerza de la sínfisis del pubis y el piso pélvico sobre la misma, la cual es anterior. La resultante de estas fuerzas provoca la extensión de la cabeza fetal usando la sínfisis del pubis como una palanca para avanzar y para que se presente el nacimiento de la cabeza.

Restitución

(Rotación Externa) Este movimiento es inverso al que realizó durante la rotación interna, con la finalidad de guardar la relación anatómica de los hombros.

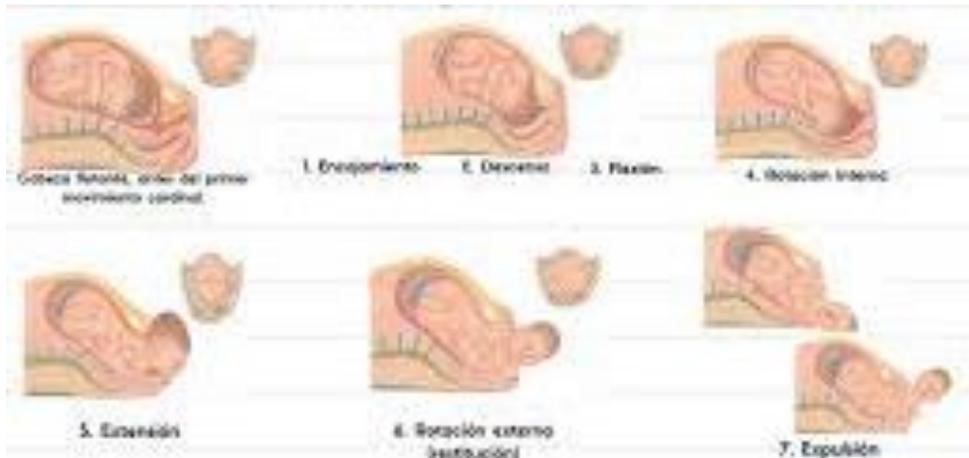
Durante este movimiento la sutura sagital se ubica en una variedad de posición transversa y el diámetro biacromial del producto se relaciona con el diámetro anteroposterior de la madre.

Expulsión de los hombros

Al terminar la rotación externa el hombro anterior desciende y se apoya en el arco sub púbico de la pelvis, mientras que el hombro posterior se desliza por la concavidad sacra; En esta posición el hombro anterior es el primero en nacer seguido por el posterior.

Expulsión del resto del cuerpo fetal

Al salir los hombros prácticamente cesa el obstáculo para la salida del producto, ya que, en condiciones normales, el abdomen, la pelvis y los miembros inferiores, tienen diámetros menores que no ofrecen tanta resistencia, por lo que el nacimiento del resto del cuerpo es prácticamente espontáneo.



5.8 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE LA SALIDA DILATANTE

La asistencia continua se asocia con la reducción en la duración del trabajo de parto.

Se debe de contar con obstetras preparadas para dar apoyo emocional y físico, ofrecer información de manera continua y favorecer el inmediato contacto entre la madre y su hijo recién nacido.

La presencia de un familiar es recomendable para dar apoyo emocional a la madre, es de mucha ayuda en la sala de trabajo, preferentemente debe estar preparada para enfrentar las circunstancias del trabajo de parto y parto.

Rasurado vulvar o tricotomía, según nuevas evidencias no es recomendable realizar rasurado perineal a las mujeres en trabajo de parto solo realizar un corte al ras del pelo pubiano con tijera limpia, no esterilizada.

Posición materna

Las mujeres deben ser animadas a adoptar la posición que encuentren más confortable durante el trabajo de parto, preferentemente vertical ya sea sentada o deambulando o en decúbito lateral izquierdo.

Enema evacuante

Se recomienda enema evacuante solo cuando no se tenga un ayuno considerable, no ha suficiente evidencia que recomiende un enema, pero actualmente la realización de este antes de pasar a la sala de expulsión es para evitar contaminaciones, ya que al esfuerzo físico activa un estímulo característico llamado coqueteo anal, en el cual el esfínter se dilata provocando así el vaciamiento del intestino al realizar la técnica de Valsalva.

Hidratación intravenosa

No es necesaria para todas las mujeres en trabajo de parto la hidratación de abundantes líquidos endovenosos, pero se debe considerar siempre tener una vía periférica permeable para posibles complicaciones y la necesidad de pasar volúmenes grandes de líquidos ante hemorragias y medicamentos endovenosos.

Partograma

El trabajo de parto ofrece una base objetiva para el manejo del parto.

Se registrará la evolución del trabajo de parto, las contracciones con frecuencia, intensidad y duración, frecuencia cardíaca fetal, altura, presentación, lo que permitirá observar la evolución o detenimiento del proceso de trabajo de parto.

Monitoreo fetal intraparto

Se recomienda realizar el monitoreo fetal con un tocodinamómetro donde se realizar un graficado de la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas, descartando aceleraciones y desaceleraciones relacionadas o no a las contracciones uterinas y que den pauta a un sufrimiento fetal.

Amniotomía precoz

No se realizará amniotomía precoz de rutina. La amniotomía precoz se reservará para mujeres con un progreso anormal del trabajo de parto.

La amniotomía precoz de rutina se asocia con riesgos y beneficios.

Los beneficios incluyen una reducción en la duración del trabajo de parto, pero no hay evidencia de que la amniotomía temprana de rutina reduzca el número de cesáreas.

Por lo contrario, las consecuencias son por lo general un aumento de la compresión de la cabeza fetal, un aumento de las desaceleraciones variables y prolapso de cordón.

Analgesia

El acompañamiento de la embarazada y la terapia emocional reducen el uso de analgésicos, son los narcóticos, que pueden ser altamente efectivos pero cuyos efectos secundarios prohíben el uso de grandes dosis. Los efectos colaterales maternos son depresión respiratoria, náuseas, vómitos, hipotensión y disminución de la motilidad gastrointestinal.

La Meperidina tiene menor efecto emético que la morfina y tiene menor efecto sobre el cerebro fetal.

Analgesia epidural; No se realizará analgesia epidural de rutina. La analgesia epidural se sugiere como práctica cotidiana se requiere previa evaluación de cada paciente en particular.

5.9 ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA OBSTETRA EN LA SALA DE EXPULSIÓN

1.- Ingresar a la paciente obstetra a la sala de expulsión, y colóquela en la mesa de expulsión en posición ginecológica.

2.-Efectuar el aseo perineal y de la cara interna de los muslos 20. Abre el bulto del parto, coloca una tijera de mayo, dos pinzas de Kelly, abre la perilla, coloca las

gasas estériles (10 cm X 10 cm). Brindar indicaciones a la paciente para favorecer la expulsión del producto.

3.-Indicar a la paciente que en el momento en que se presenten contracciones uterinas, respire profundo y haga esfuerzo abdominal.

4.-Calzar los guantes, tomar los campos estériles de la mesa de mayo, esperar la contracción e indicar que mantenga la técnica de valsalva, recibir al producto en el momento en que éste nazca.

5.-Compruebar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas.

6.-Revisar el conducto vaginal

7.-Verificar el pulso y la tensión arterial de la paciente

8.-Observar que el útero se encuentre contraído y que el sangrado transvaginal sea escaso.

9.-Agregue en las pacientes primigestas o secundigestas, equipo de episiotomía, jeringa, aguja calibre 21 32, aguja calibre 22 X 32, y material de sutura, conforme a las indicaciones del médico tratante. Preparar la aplicación de oxitocina o ergonovina a dosis terapéutica, conforme a la evolución.

Durante el manejo del parto deben realizarse las medidas que han demostrado útiles para reducir el número de partos instrumentados: favorecer el acompañamiento durante el parto, utilizar oxitocina

Cuando la progresión del parto no es adecuada, posponer los pujos en pacientes con peridural, utilizar la rotación manual en variedades posteriores y ser flexibles en el límite de tiempo expulsivo si existe progresión del parto.

INDICACIONES DEL PARTO INSTRUMENTADO

A) Indicaciones maternas:

Patología materna grave u otras situaciones que contraindiquen la maniobra de Valsalva como por ejemplo patología cardiaca severa, crisis hipertensivas, miastenia gravis, retinopatía proliferativa, malformaciones o vasculares cerebrales.

b) Indicaciones fetales:

Cuando existe sospecha de pérdida de bienestar fetal y condiciones para asistir al parto vía vaginal.

c) Progresión inadecuada del parto:

En estos casos es fundamental asegurar que hay una adecuada dinámica uterina y en los casos en los que no haya sospecha de pérdida de bienestar fetal, se puede ser flexible en el límite de tiempo de expulsivo siempre que se evidencie progresión.

Ninguna indicación es absoluta y siempre se debe considerar cada caso de manera individualizada.

CLASIFICACIÓN

Las instrumentaciones se dividen en:

- Instrumentación de salida
- Instrumentación baja
- Instrumentación media
- Instrumentación alta

Existen unos requisitos imprescindibles que se han de verificar antes de la aplicación de cualquier tipo de instrumento.

Antes de iniciar una instrumentación se le debe explicar a la paciente la indicación, los beneficios y los posibles riesgos, así como las alternativas, de manera que quede constancia de un consentimiento verbal.

Se debe realizar una correcta evaluación del abdomen, pelvis materna, de la posición y variedad fetal, del bienestar fetal y de la dinámica uterina. Todo ello debe quedar reflejado en el partograma.

CONTRAINDICACIONES

Las contraindicaciones para el parto instrumental están relacionadas con la posibilidad de riesgo fetal:

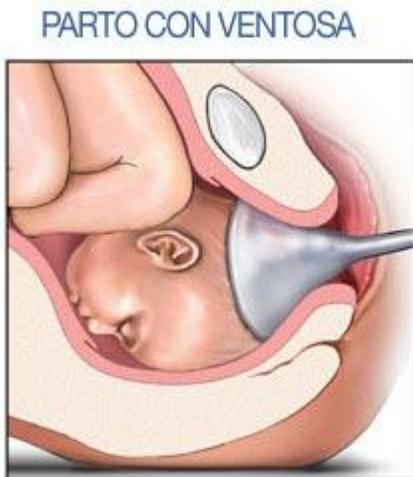
- Presentación de frente o de cara.
- Ausencia de dilatación completa.
- Evidencia clínica de desproporción céfalo pélvica
- Diátesis hemorrágicas fetales (hemofilia, trombopenia autoinmune)
- Alteración de la mineralización ósea fetal (osteogénesis imperfecta)

TIPOS DE INSTRUMENTOS

Existe la utilización de fórceps, ventosas y rotación la elección del tipo de instrumento dependerá de la experiencia del operador.

Otros factores que pueden influir en la elección son: la disponibilidad del instrumento y el grado de anestesia materna.

VENTOSA



La ventosa permite la flexión cefálica y la tracción.

Procedimiento de aplicación:

La vejiga urinaria debe estar vacía y se debe de comprobar que el Vacuum funciona correctamente y que la presión máxima no excede los 500-600mmHg.

Presiones mayores a éstas no aumentan la tasa de éxito y aumentan el riesgo de complicaciones.

1. Sujeción de la cazoleta con una mano y separación de los labios con la otra para abrir el introito vaginal.
2. La inserción de la ventosa se hará por un costado de ésta si es metálica o de forma similar a un pesario si es flexible.
3. En ausencia de vacío, aplicar la parte central de la cazoleta, a 2cm de la fontanela posterior, centrada en la sutura sagital.
4. Comprobación de la colocación de la cazoleta y asegurar la ausencia de tejido materno en la presa.
5. Creación de vacío y recomprobación de la colocación de la cazoleta. La creación de vacío se debe realizar de una manera rápida. La creación de vacío de una manera rápida en 1-2 minutos reduce la duración del procedimiento sin comprometer la efectividad y la seguridad.
6. Tracción sincrónica con la contracción y el pujo materno siguiendo la curvatura pélvica.
7. Comprobación del descenso de la cabeza fetal.
8. Episiotomía selectiva.
9. Retirada del instrumento tras la extracción de la cabeza fetal para permitir el parto espontáneo.
10. Revisión del canal blando del parto.
11. Vaciado vesical

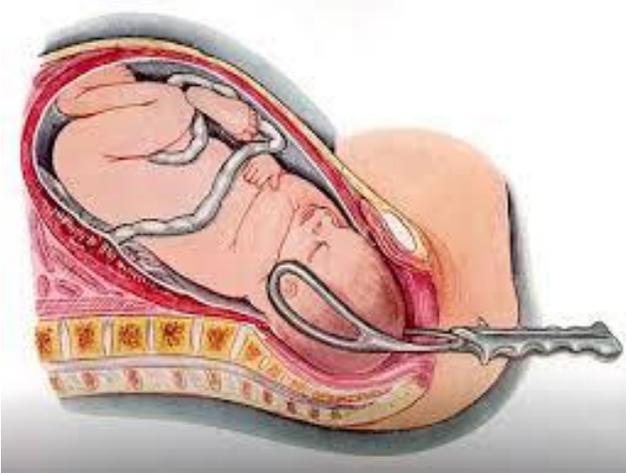
Contraindicaciones absolutas:

- ◇ Gestaciones de menos de 34 semanas
- ◇ Rotaciones $\leq 90^\circ$.

Es preferible utilizar fórceps si:

- ◇ Edad gestacional 34-36 semanas
- ◇ En fetos con antecedente de pH de calota fetal o monitorización invasiva de la FCF.

FÓRCEPS



El fórceps permite la flexión cefálica, la tracción y la rotación.

Procedimiento de aplicación del fórceps:

1. La vejiga urinaria debe estar vacía.
2. Presentación del fórceps en el espacio; que consiste en colocarlo en relación con el periné de la madre en la misma posición en que quedará una vez aplicado en función de las diferentes posiciones del polo cefálico fetal.
3. Desarticulación del fórceps.
4. Colocación de las ramas: Para ello se debe realizar protección del canal del parto con la mano ipsilateral e introducción de la rama con la contralateral.

Las ramas se deben introducir con mucha suavidad, conduciéndolas únicamente con los dedos índice y pulgar de la mano correspondiente. La introducción de las ramas y la colocación dependerá del tipo de fórceps.

Si las ramas no se logran introducir con suavidad se deben retirar e iniciar nuevamente la maniobra de introducción.

5. Articulación de las ramas.

6. Comprobación de la sutura sagital. Debe estar perpendicular a las ramas del fórceps.
7. La fontanela posterior debe estar ubicada a medio camino entre ambos vástagos, con las suturas lambdoideas equidistantes, y un dedo por encima del plano de las ramas.
8. Adaptación y ajuste de la articulación.
9. Tracción sincrónica con la contracción y el pujo materno siguiendo la curvatura pélvica.
10. Eventual rotación si es preciso.
11. La tracción deberá ser regular (no oscilante). Entre contracción y contracción se puede desarticular el fórceps para reducir la compresión craneal del feto.
12. Comprobación del descenso de la cabeza fetal. En la mayoría de los casos, el progreso del descenso ocurre con la primera o segunda tracción y el desprendimiento durante la tercera o cuarta.
13. Episiotomía selectiva.
14. Retirada del instrumento lo antes posible para permitir el parto espontáneo.
15. Revisión del canal blando del parto.

ESPÁTULAS DE THIERRY



Su acción fundamental es ampliar el canal del parto, pero también permiten la tracción de la cabeza fetal. La espátula se apoya sobre la cara fetal en su mitad distal, de manera que la cabeza resbala sobre la cara interna de las espátulas.

Procedimiento de aplicación de las espátulas:

1. La vejiga urinaria debe estar vacía.
2. Presentación de las espátulas en el espacio (colocarlas en relación con el periné de la madre en la misma posición en que quedarán una vez aplicadas).
3. Introducción de las ramas: Para ello se debe realizar protección del canal del parto con la mano ipsilateral e introducción de la rama contralateral con mucha suavidad.
4. Cada empuñadura debe sujetarse con una mano del operador y deben quedar paralelas entre sí y en relación con la sutura sagital del feto.
5. Comprobación de la aplicación.
6. Ligera tracción, sincrónica con la contracción, combinada con una mínima separación de los mangos y movimientos rítmicos e independientes de cada una de las ramas “movimiento de polea” - tracción y apalancamiento.
7. Comprobación del descenso de la cabeza fetal.
8. Episiotomía selectiva.
9. Retirada del instrumento lo antes posible para permitir el parto espontáneo.
10. Revisión del canal del parto.

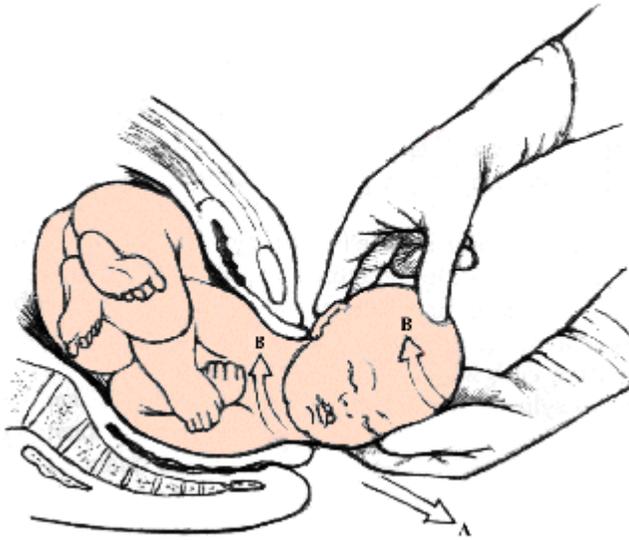
CUANDO ABANDONAR EL PROCEDIMIENTO

Ante la imposibilidad en la aplicación del instrumento o la nula evidencia de descenso de la cabeza fetal con la tracción.

En el caso del fórceps se debe abandonar la instrumentación si no existe un progreso en el descenso de la cabeza fetal después de tres intentos.

En cuanto a la ventosa, se considera seguro un máximo de hasta tres pérdidas de vacío.

ROTACIÓN MANUAL:



Si la rotación a occipito-anterior no ocurre de manera espontánea la rotación manual podría facilitar el parto vaginal.

La rotación manual debe realizarse en dilatación completa.

Para el mantenimiento de la cabeza fetal en occisito anterior es necesario la presencia de contracciones y de pujos maternos.

CLASIFICACIÓN DEL PARTO INSTRUMENTADO:

Instrumentación de salida:

La calota está visible en introito sin necesidad de separar los labios, por tanto el punto guía de la presentación llega la suelo pélvico. Encontramos la sutura sagital en el diámetro antero-posterior de la pelvis o bien es necesaria una rotación de menos de 45 grados.

Instrumentación baja:

El punto guía está a más de 2cm de las espinas ciáticas, pero aún no ha llegado al suelo pélvico. En este estadio encontramos dos subdivisiones:

Rotación de 45° o menos desde la posición en occipito-anterior

Rotación de más de 45° desde la posición en occipito-anterior.

Instrumentación media:

El punto guía se encuentra a menos de 2cm de las espinas ciáticas pero las ha sobrepasado podemos subdividirlo en:

Rotación de 45° o menos desde la posición en occipito-anterior.

Rotación de más de 45° desde la posición en occipito-anterior.

Instrumentación alta:

El punto guía de la presentación no llega a las espinas ciáticas. En esta situación se contraindica la realización de un parto instrumentado.

5.10 CUIDADOS QUE LA ENFERMERA OBSTETRA DEBERÁ DE REALIZAR EN ÁREA DE RECUPERACIÓN

La enfermera no debe de olvidarse que para concluir con una atención integral y de calidad en el área de recuperación dentro del servicio de la unidad toco quirúrgica debe ser capaz de influir en las necesidades de las mujeres postparto de apoyo social, promoción a la lactancia materna, control prenatal, entre otros.

Esto se refiere a la cantidad de ayuda realmente recibida, a la satisfacción que las intervenciones que brindan, que proporcionarán ayuda humanizada. Atención individual y personalizada a la reciprocidad de las mujeres, recién nacidos, parejas y familias como forma de disminuir la mortalidad y la morbilidad al mejorar su calidad de vida.

Permanencia del neonato sano con su madre

El neonato sano debe permanecer con la madre cuando así lo permita el estado de ambos.

procedimiento de observación del recién nacido justifica la separación de la madre.

Amamantamiento

Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de parto.

Verificación de normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero.

6.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO INMEDIATO

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

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

En la primera hora del puerperio, revisar a la paciente cada 15 minutos, vigilando el comportamiento de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, llenado capilar, hemorragia transvaginal, el tono y altura del útero y el reinicio de la micción espontánea. Posteriormente, se revisará cada 30 minutos hasta completar las 2 primeras horas del puerperio y luego entre 4 y 8 horas de acuerdo a su evolución hasta su egreso.

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 ocho horas, favorecer la deambulación, alimentación normal e hidratación;

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

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

A las madres Rho (D) negativas, con persona recién nacida Rho positivo y con prueba de Coombs indirecta negativa, se les aplicarán 300 µg de globulina inmune

anti Rho, dentro de las primeras 72 horas posparto o cuando se realice otro evento obstétrico o procedimiento invasivo capaz de ocasionar hemorragia feto-materna y que pueda condicionar en la madre inmunización al antígeno "D". La atención preferentemente debe ser realizada por personal calificado.

Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio fisiológico sea llevada a cabo con un mínimo de 2 controles médicos.

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

Para la atención del puerperio 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, frecuencia cardiaca 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.

(Diario oficial de la federación. (1993) 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. 16 febrero 2019, de SEGOB Sitio web:

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)

6.1 NORMA 045

Desde mediados de los años ochenta, en México, el control de infecciones nosocomiales se formaliza a partir del programa establecido en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) que se extiende a los otros institutos nacionales de salud y desde donde surge la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE). Fue en el INCMNSZ donde se elaboró el primer manual de control para su aplicación nacional, y donde surgió la primera propuesta de creación de una Norma Oficial Mexicana sobre control de infecciones. A finales de 1989, la Organización Panamericana de la Salud conjuntamente con la Sociedad de Epidemiología Hospitalaria de Estados Unidos de América, realizó una conferencia regional sobre la prevención y el control de las infecciones nosocomiales. Los objetivos de dicha conferencia fueron formulados para estimular la implementación de mecanismos para retomar la preparación de normas e instrumentos homogéneos sobre la prevención y control de infecciones nosocomiales. El objetivo fundamental por el cual se instituyó la prevención y el control de las infecciones nosocomiales fue garantizar la calidad de la atención médica.

La vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales se inscribe dentro de estos propósitos al permitir la aplicación de normas, procedimientos, criterios y sistemas de trabajo multidisciplinario para la identificación temprana y el estudio, prevención y control de las infecciones de este tipo. Constituye un instrumento de apoyo para el funcionamiento de los servicios y programas de salud que se brindan en los hospitales.

Actualmente se reconoce la necesidad de consolidar los mecanismos vigentes de vigilancia epidemiológica y ampliar su cobertura mediante el manejo ágil y eficiente

de la información necesaria para la prevención y el control de las infecciones nosocomiales, por lo que se considera indispensable homogeneizar los procedimientos y criterios institucionales que orienten y faciliten el trabajo del personal que se encarga de estas actividades dentro de los hospitales.

Las infecciones nosocomiales representan un problema de gran importancia clínica y epidemiológica debido a que condicionan mayores tasas de morbilidad y mortalidad, con un incremento consecuente en el costo social de años de vida potencialmente perdidos, así como de años de vida saludables perdidos por muerte prematura o vividos con discapacidades, lo cual se suma al incremento en los días de hospitalización y del gasto económico.

A pesar de que se reconoce a la infección nosocomial como una complicación donde se conjugan diversos factores de riesgo y que es susceptible, en la mayoría de los casos de prevenirse, se debe señalar que existen casos en los que se presenta debido a condiciones inherentes al huésped.

El problema es de gran magnitud y trascendencia. Por ello, es indispensable establecer y operar sistemas integrales de vigilancia epidemiológica que permitan prevenir y controlar las infecciones de este tipo, entendiendo que su ocurrencia debe ser controlada como se describe, pero no es esperable lograr una tasa de cero. Las tasas deberán ser evaluadas en su tendencia temporal y no hay cifras de referencia, buenas o malas. Los programas deben evaluarse por sus actividades de vigilancia, prevención y control y no sólo por resultados aislados. Debe ser claro que las epidemias son eventos que pueden presentarse, deben identificarse y controlarse de inmediato, pero al igual que ocurre con los casos de infección nosocomial, no es esperable que no ocurran.

Esta Norma incluye las enfermedades adquiridas intrahospitalariamente secundarias a procedimientos invasivos, diagnósticos o terapéuticos y, además, establece los lineamientos para la recolección, análisis sistematizado de la información y toma de decisiones para la aplicación de las medidas de prevención y de control pertinentes.

Objetivo y campo de aplicación

Objetivo

Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios que deberán seguirse para la prevención, vigilancia y control epidemiológicos de las infecciones nosocomiales que afectan la salud de la población usuaria de los servicios médicos prestados por los hospitales.

Campo de aplicación

Esta Norma Oficial es de observancia obligatoria en todas las instituciones de atención que prestan servicios médicos y comprende a los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Generalidades

La vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales deberá realizarse a través de un sistema que unifique criterios para la recopilación dinámica, sistemática y continua de la información generada por cada unidad de atención médica para su procesamiento, análisis, interpretación, difusión y utilización en la resolución de problemas epidemiológicos y de operación por los niveles técnico-administrativos en las distintas instituciones de salud conforme se establezca en la normatividad aplicable.

La vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales considera los subcomponentes de información, supervisión, evaluación, coordinación, capacitación en servicio e investigación, como base para su funcionamiento operativo adecuado dentro del sistema de vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales.

La información epidemiológica generada por la RHOVE tendrá uso clínico, epidemiológico, estadístico y de salud pública. Su manejo observará los principios de confidencialidad para proteger la identidad individual de los pacientes.

La información epidemiológica de las infecciones nosocomiales deberá ser registrada en los formularios establecidos por el nivel normativo tanto de la

Secretaría de Salud como de sus equivalentes en otras instituciones del SNS, para el análisis general y particular, y deberá retroalimentar a todo el sistema.

La RHOVE aportará la información necesaria para que se establezcan los indicadores para la evaluación y seguimiento del sistema de vigilancia epidemiológica de las infecciones adquiridas en el hospital, así como de su comportamiento epidemiológico, según se establece en la normatividad para la certificación de hospitales.

A continuación, se describen entre otras las cuatro causas más frecuentes de infección nosocomial y su relación con las intervenciones asociadas. De esta forma Infecciones de Vías Urinarias, Infecciones de Herida Quirúrgica, Neumonías y Bacteremias deberán ser objeto de atención primordial tanto en su vigilancia como control, en vista de que éstas acontecen para la ocurrencia del 66% del total de episodios de infección nosocomial.

- Neumonías
- Infección de Vías Urinarias
- Bacteriemias
- Infección de Herida Quirúrgica
- Otras infecciones

Bacteriemias

El diagnóstico se establece en un paciente con fiebre, hipotermia o distermia con hemocultivo positivo. Este diagnóstico también puede darse aún en pacientes con menos de 48 horas de estancia hospitalaria si se les realizan procedimientos de diagnósticos invasivos o reciben terapia intravascular

Un hemocultivo positivo para Gram negativos, *Staphylococcus aureus* u hongos es suficiente para hacer el diagnóstico. En caso de aislamiento de un bacilo Gram positivo o estafilococo coagulasa negativa se requerirán dos hemocultivos tomados en dos momentos y/o sitios; puede considerarse bacteriemia si se cuenta con uno o más de los siguientes criterios:

- Alteraciones hemodinámicas.
- Trastornos respiratorios.
- Leucocitosis o leucopenia no inducida por fármacos.
- Alteraciones de la coagulación (incluyendo trombocitopenia).
- Aislamiento del mismo microorganismo en otro sitio anatómico.
- Bacteriemia primaria.

Se define como la identificación en hemocultivo de un microorganismo en pacientes hospitalizados o dentro de los primeros tres días posteriores al egreso con manifestaciones clínicas de infección y en quienes no es posible identificar un foco infeccioso como fuente de bacterias al torrente vascular.

Bacteriemia secundaria.

Es la que se presenta con síntomas de infección localizados a cualquier nivel con hemocultivo positivo. Se incluyen aquí las candidemias y las bacteriemias secundarias a procedimientos invasivos tales como colecistectomías, hemodiálisis, cistoscopias y colangiografías. En caso de contar con la identificación del microorganismo del sitio primario, debe ser el mismo que el encontrado en sangre. En pacientes que egresan con síntomas de infección hospitalaria y desarrollan bacteriemia secundaria, ésta deberá considerarse nosocomial independientemente del tiempo del egreso.

Bacteriemia no demostrada en adultos.

En pacientes con evidencia clínica de bacteriemia pero en quienes no se aísla el microorganismo. Esta se define como:

Pacientes con fiebre o hipotermia con dos o más de los siguientes criterios:

- Calosfrío.
- Taquicardia (>90/min).
- Taquipnea (>20/min).
- Leucocitosis o leucopenia (>12,000 o < 4,000 o más de 10% de bandas).
- Respuesta al tratamiento antimicrobiano.

- Bacteriemia no demostrada en niños (antes sepsis).

Pacientes con fiebre, hipotermia o distermia más uno o más de los siguientes:

- Taquipnea o apnea.
- Calosfrío.
- Taquicardia.
- Ictericia.
- Rechazo al alimento.
- Hipoglucemia.

Más cualquiera de los siguientes:

- Leucocitosis o leucopenia.
- Relación bandas/neutrófilos > 0.15
- Plaquetopenia $< 100,000$.
- Respuesta a tratamiento antimicrobiano.

Infección de herida quirúrgica por incisión profunda.

Es aquella que ocurre en el sitio de la incisión quirúrgica y que abarca la fascia y el músculo y que ocurre en los primeros 30 días después de la cirugía si no se colocó implante o dentro del primer año si se colocó implante.

Con uno o más de los siguientes criterios:

- Secreción purulenta del drenaje colocado por debajo de la aponeurosis.
- Una incisión profunda con dehiscencia o que deliberadamente es abierta por el cirujano, acompañada de fiebre o dolor local.
- Presencia de absceso o cualquier evidencia de infección observada durante los procedimientos diagnósticos o quirúrgicos.
- Diagnóstico de infección por el cirujano o administración de antibióticos.

Infección de órganos y espacios.

Involucra cualquier región (a excepción de la incisión) que se haya manipulado durante el procedimiento quirúrgico. Ocurre en los primeros 30 días después de la cirugía si no se colocó implante o dentro del primer año si se colocó implante. Para la localización de la infección se asignan sitios específicos

Con uno o más de los siguientes criterios:

- Secreción purulenta del drenaje colocado por contra abertura en el órgano o espacio.
- Presencia de absceso o cualquier evidencia de infección observada durante los procedimientos diagnósticos o quirúrgicos.
- Cultivo positivo de la secreción o del tejido involucrado.
- Diagnóstico de infección por el cirujano o administración de antibióticos.

Supervisión y evaluación

Las acciones de supervisión y evaluación de la vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales se sustentan en la organización de las instituciones participantes y tienen como base los recursos existentes en cada nivel técnico-administrativo.

El CODECIN deberá supervisar mensualmente y evaluar semestralmente, las actividades de vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales de acuerdo con lo establecido en esta NOM.

Los servicios de salud en sus distintos niveles técnico-administrativos, deberán designar al personal que realizará el seguimiento y evaluación de las actividades de vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales, y que esté capacitado en esta área.

La supervisión y evaluación de las actividades de vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, deberán realizarse periódicamente y contar con instrumentos específicos.

El personal que realice la supervisión deberá redactar y entregar un informe a las autoridades del hospital y al nivel normativo correspondiente.

Las autoridades enteradas del informe de la supervisión y de la evaluación deberán desprender decisiones de ajuste y control en un plazo no mayor de una semana, enviando sus instrucciones al CODECIN para que éste las aplique de inmediato, dando además el seguimiento correspondiente.

Las autoridades y los niveles técnico-administrativos establecerán un sistema de control de calidad en la prevención y control de infecciones nosocomiales con el consenso de las principales instituciones de salud, mismas que participarán en evaluaciones periódicas para emitir opiniones y recomendaciones.

El laboratorio del hospital deberá contar con todos los insumos necesarios para la obtención segura de las muestras y para su análisis e interpretación. Es importante contar con un control de calidad externo para las áreas de bacteriología.

La obtención de las muestras será responsabilidad del laboratorio hospitalario. En caso de realizar cultivos o pruebas de laboratorio a un paciente, éstos deberán ser autorizados por el médico tratante y sustentados por él mismo en el expediente clínico. El personal médico y de enfermería será el responsable de la obtención de, entre otros, hemocultivos, orina por punción suprapúbica y los siguientes líquidos: LCR, pleural, peritoneal, sinovial, pericárdico, etc., así como de aquellas muestras que por sus características técnicas no pueden ser competencia del personal del laboratorio.

De acuerdo con los recursos de cada hospital, el laboratorio deberá realizar las pruebas de resistencia y susceptibilidad en la mayoría de los cultivos; emitirá oportunamente la información en cada caso y la comunicará a los clínicos tratantes y a los responsables de la vigilancia epidemiológica. Así mismo deberá presentar mensualmente la frecuencia de los microorganismos aislados y su perfil de resistencia antibacteriana. Adicionalmente, evaluará periódicamente, de acuerdo a los recursos del hospital y a la situación epidemiológica que prive en los servicios

prioritarios, la resistencia de la flora bacteriana a los antibióticos que se emplean comúnmente en la unidad.

ASPECTOS GENERALES DE PREVENCIÓN Y CONTROL

El CODECIN será el responsable del establecimiento y aplicación de medidas de vigilancia, prevención y control de las infecciones nosocomiales, así como de su seguimiento.

La unidad hospitalaria deberá realizar acciones específicas de prevención y control de infecciones nosocomiales, para lo cual deberá contar con programas de capacitación y educación continua para el personal y la población usuaria, enfocados específicamente a disminuir los riesgos en los procedimientos realizados con mayor frecuencia. La instalación y permanencia de cualquier dispositivo o medio invasivo en el paciente deberá ser evaluado por los médicos tratantes y en su caso por la UVEH, diariamente, limitando su permanencia sólo al tiempo indispensable.

El laboratorio de microbiología, propio o subrogado, deberá proporcionar información para la vigilancia y control de infecciones nosocomiales conforme se establece en el apartado de notificación de esta Norma.

Los servicios de intendencia, lavandería y dietología, propios o subrogados, deberán estar capacitados para el control de factores de riesgo, del microambiente y de prevención de infecciones nosocomiales.

Las autoridades de salud en los distintos niveles e instituciones del SNS, deberán asegurar y demostrar la gestión de las acciones para la dotación de recursos humanos, materiales y de operación para el funcionamiento adecuado de las actividades de laboratorio, enfermería e intendencia, principalmente en apoyo a la vigilancia epidemiológica y las medidas de prevención y control de acuerdo con sus recursos y organización interna.

El programa de trabajo del CODECIN deberá contener como mínimo, en función de los servicios existentes, los lineamientos correspondientes a las siguientes actividades:

Higiene de las manos.

Todo el personal de salud al entrar en contacto con el ambiente hospitalario debe lavarse las manos con agua corriente y jabón, y secarse con toallas desechables. Se debe realizar higiene de manos antes y después de revisar a cada paciente y/o al realizar algún procedimiento.

En las unidades de cuidados intensivos, urgencias, aislados y otros que la UVEH considere de importancia, se debe utilizar jabón antiséptico líquido, agua corriente y toallas desechables. La descontaminación de las manos puede hacerse también con productos con base de alcohol etílico o isopropílico con una concentración mayor al 60% con emolientes, v.gr. glicerina a una concentración entre 2% y 3%.

En procedimientos donde no hay contaminación con sangre o líquidos corporales, la limpieza de las manos puede realizarse con alcohol con emolientes o agua y jabón.

El abasto de material y equipo necesario, así como su mantenimiento, será responsabilidad de cada establecimiento.

El personal de salud que está en contacto directo con pacientes debe recibir capacitación sobre el procedimiento de lavado de manos, a su ingreso y cada seis meses. Las autoridades registrarán las actividades de capacitación del personal mediante bitácoras, listas de capacitación o cualquier otra forma de registro.

Es responsabilidad de cada institución contar con el manual de procedimientos específicos, actualizado cada dos años y disponible para todo el personal.

Medidas para prevenir infecciones de vías urinarias asociadas a sonda.

Es obligación de la unidad hospitalaria contar con material y equipo para la instalación del catéter urinario, incluido un antiséptico de nivel intermedio, así como garantizar la técnica estéril.

La persona que ejecute el procedimiento debe estar capacitada.

El sistema de drenaje debe ser un circuito cerrado con las siguientes características: con sitio para toma de muestras, cámara antirreflujo y pinza en el tubo de vaciado.

Una vez instalada la sonda y conectada al sistema de drenaje no se debe desconectar hasta su retiro. Debe de rotularse la fecha de instalación.

Instalación, manejo y cuidado del Sistema integral de terapia intravenosa.

La instalación y manejo del equipo del Sistema integral de terapia intravenosa deberá hacerse con las medidas asépticas adecuadas para los diferentes niveles de riesgo. Cuando se instalen catéteres centrales o en el caso de tratarse de pacientes con alto riesgo de infección, deberá utilizarse la técnica de barrera máxima. Para mantener la esterilidad de las soluciones intravenosas, el personal de salud se asegurará que, una vez instalado el sistema, éste continúe cerrado y no se viole en ninguno de sus componentes.

El equipo de infusión deberá ser rotulado con la fecha, hora y nombre del personal que lo instaló. Tanto el equipo de infusión como el catéter periférico deben cambiarse cada 72 horas o antes, en caso de sospecha de contaminación. Ante la sospecha de contaminación de un catéter central o de infección asociada al mismo, se procederá al retiro inmediato de dicho dispositivo.

Deberá realizar higiene de manos previamente cada vez que se aplique un medicamento en el sitio de inyección o tapón de goma de la línea de infusión, deberá realizarse asepsia con alcohol etílico o isopropílico al 70% dejándolo secar. En el caso de tapón de goma se utilizará una jeringa y aguja estériles para cada punción; y se utilizará jeringa estéril en caso de tratarse de dispositivos libres de uso de aguja.

Se utilizarán soluciones intravenosas envasadas en contenedores libres de Cloruro de Polivinilo o en frascos de vidrio, para la administración de Nitroglicerina, Nitroprusiato de Sodio, Warfarina, Lidocaína, Insulina, Nimodipina, Diazepam, Tiopental y otros medicamentos que muestren interacción con los contenedores fabricados con materiales plásticos, según determine, en términos de la Ley General de Salud, la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección

contra Riesgos Sanitarios, mediante la expedición de las disposiciones correspondientes.

En caso de utilizar llaves de tres vías o cuatro vías con o sin dispositivos libres de uso de aguja se deberá asegurar que se manejen de acuerdo a la técnica estéril.

La preparación de mezclas de soluciones y medicamentos se realizará por personal capacitado en un área específica, cerrada y con acceso limitado.

La preparación de medicamentos, previo lavado de manos y uso de mascarilla (simple), se debe realizar con técnica y material estéril para cada medicamento y de forma exclusiva para cada paciente y por cada ocasión.

Las ampollitas de vidrio o plástico deberán utilizarse exclusivamente al momento de abrirse y se desechará el remanente. Deberá garantizarse la esterilidad del contenido durante la apertura.

La utilización de frascos ampolla deberá ser con técnica de asepsia y seguir las instrucciones de conservación y uso de los fabricantes.

El hospital tendrá la responsabilidad de capacitar a los trabajadores de la salud cada seis meses para la vigilancia, prevención y control de neumonías nosocomiales en pacientes de riesgo.

El médico tratante debe especificar en la hoja de indicaciones médicas la posición del paciente.

Se debe contar con un manual de procedimientos, cédula de cotejo o guía de supervisión del procedimiento y responsables de su aplicación.

Precauciones para evitar la transmisión de agentes infecciosos.

Desde el primer contacto con el paciente y en todas las áreas del hospital debe cumplirse con las precauciones estándar y contar con tarjetones en los que se especifiquen los cuidados necesarios para precauciones específicas de acuerdo con los siguientes criterios:

Precauciones estándar: (rojo)

Precauciones por contacto: (amarillo)

Precauciones por gotas: partículas de secreciones respiratorias que se producen al hablar, estornudar o toser y que son iguales o mayores de cinco micras: (verde)

Precauciones para vía aérea: partículas de secreciones respiratorias que se producen al hablar, estornudar o toser y que son menores de cinco micras: (azul)

Los tarjetones se colocarán en la entrada de la habitación, en un lugar visible en cuartos individuales y en la cabecera del paciente en cuartos compartidos.

Vigilancia y control de esterilización y desinfección.

Los objetos que se usen en procedimientos invasivos deben someterse a un proceso de limpieza de acuerdo al tipo de instrumento para posteriormente realizar la esterilización o desinfección de alto nivel. En procedimientos quirúrgicos siempre deberá realizarse esterilización.

El material y equipo destinado a esterilización debe ser empacado en papel grado médico y cerrado mediante selladora térmica; debe ser rotulado con fecha de esterilización, de caducidad y nombre de la persona responsable del proceso.

La unidad hospitalaria debe contar con anaqueles que resguarden el material estéril del polvo y la humedad.

Los recipientes que contengan desinfectante deben permanecer tapados y rotulados con el nombre del producto, la fecha de preparación y caducidad, se debe contar con una bitácora de uso. No deben utilizarse productos de bajo nivel (v.gr. cloruro de benzalconio) en la búsqueda de desinfección de nivel alto e intermedio. Cuando se utilice glutaraldehído, debe validarse su efectividad mediante tiras reactivas. Los germicidas utilizados deben ser validados por la UVEH y por el CODECIN mediante pruebas de control microbiológico y de la calidad del producto, documentadas con una adecuada metodología.

Los esterilizadores de vapor, cámaras de gas, equipos de plasma y calor seco deben contar con una bitácora de mantenimiento y utilización, así como de controles de vigilancia de su funcionamiento. La calidad de la función deberá vigilarse con controles físicos, químicos y biológicos apropiados a cada procedimiento.

CUIDADO DE ÁREAS FÍSICAS, MOBILIARIO Y EQUIPO.

Las áreas de toco cirugía, las unidades quirúrgicas y de terapia intensiva deberán cumplir con: las características de infraestructura física y acabados, gases, eléctrica, flujos de aire, filtración correcta del aire, circulaciones de pacientes, del personal, del instrumental y del equipo y con las áreas tributarias que determina la normativa correspondiente.

Las áreas específicas del inciso anterior contarán con un manual de procedimientos para determinar las características, la frecuencia del aseo y limpieza del área, así como los mecanismos que permitan llevar a cabo una vigilancia estricta sobre su cumplimiento, dejando constancia en una bitácora de control; igualmente se definirá la responsabilidad que cada profesional o técnico del equipo de salud que ahí labora, tiene en su cumplimiento y vigilancia.

Las áreas de terapia intensiva de adultos, pediatría, neonatología, urgencias, quimioterapia, hemodiálisis y diálisis, contarán con un manual de procedimientos para determinar las características, la frecuencia del aseo y limpieza del área, así como los mecanismos que permitan llevar a cabo una vigilancia estricta sobre su cumplimiento, dejando constancia en una bitácora de control. Igualmente se definirá la responsabilidad que cada profesional o técnico del equipo de salud que ahí labora, tiene en su cumplimiento y vigilancia. Las unidades o servicios en donde se realicen procedimientos endoscópicos (artroscopias, endoscopias de tubo digestivo corto o largo, broncoscopios) deberán contar con protocolos de limpieza a base de detergente enzimático y con desinfección de alto nivel o esterilización. Es indispensable el registro detallado del proceso en bitácoras.

Cada vez que se desocupe una cama o cuna se deberá realizar limpieza y desinfección de ella, de acuerdo a su manual de procedimientos.

Las cunas de calor radiante, incubadoras y bacinetes de las áreas pediátricas deberán recibir aseo y limpieza cada vez que la ocupe un nuevo paciente. Cada vez que este mobiliario se desocupe, se limpiará y desinfectará, al igual que cuando no sea utilizado en 48 horas. La limpieza y desinfección de este mobiliario se registrará en una bitácora localizada en el área.

Vigilancia de la calidad de la red de agua corriente hospitalaria. La UVEH en coordinación con las áreas de mantenimiento del hospital, realizará cada dos días el monitoreo permanente del cloro residual en cada uno de los servicios. Se vigilará que los niveles se mantengan dentro de los límites permisibles (0.2-1.0 mg/l). Además, se realizará una vez por semana la búsqueda intencionada a través de cultivo de *Vibrio cholerae*.

Los sistemas de tratamiento de agua del servicio de hemodiálisis deberán contar con bitácoras de operación y mantenimiento actualizadas así como reportes de control bacteriológico y fisicoquímico del agua producida.

Investigación

CODECIN deberá estimular el desarrollo de la investigación en todas sus actividades. El CODECIN deberá ser el responsable de la evaluación técnica y uso apropiado de antisépticos y desinfectantes.

El desarrollo de la vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales requiere de la realización de investigación básica, clínica, epidemiológica y operativa, con atención particular a los factores de riesgo para la adquisición de infecciones nosocomiales.

Los resultados de tales investigaciones deberán ser discutidos en el seno del CODECIN con el objeto de evaluar y mejorar las actividades del mismo.

Los estudios e investigaciones se efectuarán con base en los principios científicos y de acuerdo con la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Investigación.

6.2 VIGILANCIA DE CONSTANTES VITALES

En la primera hora del puerperio es indispensable revisar a la paciente cada 15 minutos, vigilando el comportamiento de la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, llenado capilar, hemorragia transvaginal, el tono y altura del útero y el reinicio de la micción espontánea. Posteriormente, se revisará cada 30 minutos hasta completar las 2 primeras horas del puerperio y luego entre 4 y 8 horas de acuerdo a su evolución hasta su egreso.

Tras el alumbramiento la paciente presenta signos y síntomas que nos van a guiar ante el estado de salud y una posible complicación, las principales características son:

Sensación de alivio y bienestar, dolor en la cara anterior e interna de los muslos por la fatiga muscular, sensación de quemadura a nivel de la vulva, aunque no exista ninguna lesión.

El escalofrío es un aspecto que puede producirse, la puérpera es atacada por un temblor generalizado, casi siempre es benigno.

Su rostro se encuentra tranquilo, respira tranquilamente, el pulso es lleno, regular, amplio y dentro de los parámetros normales, la presión arterial es normal y a veces algo baja.

Hay pérdida sanguínea con coágulos entre 100 y 400 ml, podemos detectar que la actividad del útero va disminuyendo en tanto a la frecuencia de las contracciones y más tarde a la intensidad de las mismas. A las 12 horas post parto la frecuencia llega a valores de una contracción cada 10 minutos.

Inmediatamente después del alumbramiento, el útero llega a la mitad de la distancia entre el ombligo y la sínfisis del pubis, pero en las horas siguientes, asciende y alcanza el nivel del ombligo y pesa 1 kg.

6.3 VIGILANCIA Y CUIDADOS DE EPISIOTOMÍA

La vagina recupera su forma y tamaño inicial en tres semanas. El himen rasgado cicatrizará formando nódulos fibrosos de mucosa, pequeños apéndices llamadas carúnculas mirtiformes

Las principales complicaciones inmediatas de la episiotomía son:

- Hemorragias
- Desgarros
- Hematoma
- Edema
- Infección
- Dehiscencia

Diagnostico

Las principales características con sospecha de infección son

- Dolor en sitio de episiotomía
- Secreción purulenta
- Fiebre

El diagnostico se debe sustentar en la historia clínica obstetra y de calidad que compile todos los antecedentes y evolución del embarazo, los síntomas y signos de un examen físico.

Posteriormente todas las pacientes deberán ser sometidas a exploración meticolosa con la intención de corroborar integridad del piso pélvico y lesiones del mismo.

En partos traumáticos se hace una inspección directa y detallada incluyendo el recto.

DIAGNÓSTICO DE DESGARRO

El diagnóstico de los desgarros se hace por inspección directa al canal del parto. Debe pensarse en la posibilidad de desgarro cuando se haya presentado un parto difícil, aplicación de fórceps, o ante la realización de episiotomía media.

Se considera utilizar antibióticos de amplio espectro, ya que el riesgo de infección es alto, considerando también el uso de metronidazol para cubrir la contaminación bacteriana anaeróbica por materia fecal.

DIAGNÓSTICO DE HEMATOMA

Las pacientes con signos persistentes de pérdida de volumen de la reposición con fluidos, con hematomas en aumento requieren la incisión del mismo y la evacuación del coágulo

El área comprometida debe ser irrigar y deben ligarse los vasos sanguíneos.

Se sospecha hematoma puerperal ante la presencia de:

- Dolor
- Tumefacción valvar o edema e induración
- Tenesmo
- En casos graves cambios en los signos vitales por pérdida de sangrado

La dehiscencia se define como la apertura espontánea de una herida quirúrgica. Ante esto se debe de sospechar dehiscencia de episiotomía.

6.4 SEPTICEMIA PUERPERAL

La Sepsis puerperal es la invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales durante o después del parto y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo materno en estas etapas.

La endometritis es más frecuente en el puerperio que en otros momentos de la vida sexual; ello se debe a las malas condiciones defensivas en que el endometrio se encuentra. La falta de tapón mucoso cervical, la existencia constante de gérmenes

en la cavidad uterina, la herida placentaria y la falta de ciclo y, por tanto, de regeneración endometrial, favorecen estas endometritis. La sintomatología de la endometritis es la de toda infección genital ascendente. Los síntomas principales son: fiebre, dolor, loquios purulentos y sub involución uterina.

A la exploración el útero está aumentando de tamaño, no sólo porque su involución está retrasada, sino que, además, se produce una retención de loquios. Estos loquios retenidos en la cavidad uterina pueden en ocasiones, no tener capacidad infectante, dando fiebre por su reabsorción, no por verdadera infección puerperal.

A esta situación se le denomina “loquiópetra” y debe ser siempre descartada de la endometritis puerperal, donde los loquios son altamente infectantes, con aspecto purulento. Su retención da lugar a un “piómetra”, que repetimos debe diferenciarse del “loquiópetra”, o falsa infección puerperal. Normalmente, el útero puerperal alcanza la altura del ombligo el primer día del puerperio, para desaparecer por detrás de la sínfisis del pubis al noveno día, si éste marcha regresiva se retrasa, se dice que hay una sub involución uterina.

Una forma clínica de la infección puerperal de localización preferentemente uterina, aunque se generaliza rápidamente, es la infección de restos placentarios que, creando un terreno adecuadísimo a la pululación de los gérmenes, da lugar a complicaciones muy graves hemorrágico-infecciosas.

SÍNTOMAS CLÍNICOS

Fiebre continua, con pocas remisiones y por lo general elevada, pudiendo alcanzar hasta 40° y nunca por debajo de 38°.

Dolor, muy acentuado, que se extiende a las regiones laterales de la pelvis y la región sacra. También existe dolor a la palpación, y aún a la presión, en la región suprasinfisaria, extendiéndose desde la misma sínfisis pubiana hasta el punto medio de la distancia entre el monte de Venus y el ombligo.

En algunos casos se percibe un vientre duro, inflamación, sensación de defensa y ligero edema de las cubiertas abdominales. Si se lleva a cabo un tacto vaginal se aprecia el engrosamiento de uno, o de los dos parámetros, que aparecen como un

tejido endurecido, muy doloroso y a veces fluctuante, que ocupa y rellena los fondos de saco vaginales laterales y a veces también el posterior.

Este hallazgo exploratorio es distinto del que se encuentra en la anexitis. Si se trata de un piosálpinx o de un pio ovario, se tacta el anejo aumentado de tamaño y doloroso, pero todo el tejido conjuntivo, sobre todo en las formas recientes, se encuentra libre, de tal manera que, presionando la vagina hacia un lado, se llega a la pared lateral de la pelvis.

En el caso de la parametritis, al introducirse los dedos hasta el fondo del saco lateral, se encuentra la sensación del tumor doloroso, siendo detenido el dedo en la exploración y no pudiendo palparse la trompa ni el ovario.

6.5 RIESGO DE CAÍDAS

Cualquier paciente ingresado es susceptible de sufrir una caída, por diferentes causas, ya sean personales o ambientales (factores intrínsecos y extrínsecos), con diferentes consecuencias, de diversa índole y gravedad, con repercusiones inmediatas y/o tardías. Son responsables en general del 70% de todas las muertes por accidente en mayores de 75 años. Un tercio de todas las personas mayores de 65 años y la mitad de los mayores de 80 sufren una caída al año. Al menos el 84% de todos los eventos adversos que suceden teniendo como protagonista al paciente hospitalizado hacen referencia a una caída. Las caídas en el ámbito intra o extra hospitalario traen como consecuencia en un 5% de los casos discapacidad temporal o permanente del individuo, complicaciones en el pronóstico de su problema de salud y necesidad de nuevos cuidados y tratamientos de tipo médico o quirúrgico. Un 5% de todas las caídas tienen por tanto consecuencias graves para el paciente. La incidencia de caídas se considera un indicador indirecto de la calidad de los cuidados enfermeros y su prevención una necesidad cada vez más valorada en lo que respecta a la calidad del servicio.

Identificar y valorar a la población con alto riesgo de caídas con escalas estandarizadas (escala de Downton).

- Garantizar la transferencia de información entre profesionales acerca de los pacientes en riesgo de caída estableciendo un registro de notificación que permita reconocer incidencias, causas y estrategias de mejora.
- Establecer intervenciones efectivas para la prevención, detección, actuación y evaluación del riesgo de caídas, identificando factores tanto intrínsecos como extrínsecos.
- Definir indicadores que muestren la prevalencia de caídas, los riesgos asociados y la eficacia de las intervenciones junto con el nivel de implantación de las medidas.
- Establecer estrategias de sensibilización a profesionales, pacientes y cuidadores.

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS Y PLAN DE CUIDADOS ASOCIADOS.

Todo paciente ingresado tiene un riesgo de caídas asociado a factores intrínsecos o propios de su persona junto a sus circunstancias puntuales y a factores extrínsecos, relacionados estos con el entorno en el que habita. La valoración objetiva del riesgo individual de caídas es un elemento indispensable para el adecuado tratamiento del problema, que debe incluir tanto una atención individualizada a los factores de riesgo propios de cada paciente, que llamaremos intrínsecos y a aquellos otros factores no menos importantes aunque más olvidados que afectan por igual a todos, los factores extrínsecos, debidos estos al entorno en donde se desenvuelven pacientes, profesionales, cuidadores y acompañantes y por último, a las medidas generales informativas y educativas que deben adoptarse para aumentar la seguridad de todo ingresado y reducir al máximo el riesgo de accidentes.

La valoración del riesgo de caídas nos permite actuar sobre su incidencia y disminuir de forma eficaz la prevalencia. Hace posible que podamos identificar a la población de mayor riesgo y poner en práctica de forma más eficaz y eficiente las medidas encaminadas a la prevención de estos eventos adversos. Permite establecer un criterio unificado de información accesible por medios electrónicos a cualquier profesional que lo necesite, en cualquier momento y circunstancia. Facilita el uso y la coherencia de las estrategias generales de información y sensibilización

dirigidas tanto a los propios pacientes, cuando sea posible, como a los profesionales, cuidadores habituales y visitantes.

FACTORES DE RIESGO

Factores extrínsecos a la persona:

- Riesgos ambientales generales: Iluminación inadecuada
- Suelos resbaladizos Superficies irregulares
- Barreras arquitectónicas
- Espacios reducidos
- Mobiliario inadecuado (de baja altura)
- Entorno desconocido para el paciente
- Condiciones meteorológicas adversas
- Orografía del terreno
- Vías de acceso

Riesgos del entorno referidos a la unidad asistencial:

- Altura inadecuada de las camillas y camas
- Ausencia de dispositivos de anclaje para las ruedas
- Altura y tamaño de las barandillas
- Espacios reducidos
- Dispositivos y mobiliarios que se comportan como obstáculos
- Falta, ineficacia o mal funcionamiento de los dispositivos de apoyo, de ambulación o estabilización.

Riesgos del entorno referidos a todos los pacientes:

- Calzado o ropa inadecuada
- Falta o mala adaptación de gafas o audífonos
- Carencia de ayudas técnicas para caminar o desplazarse cuando se necesitan

Riesgo del entorno referidos a las eventuales evacuaciones y transferencias:

- Vía y medio de evacuación
- Medidas de sujeción física e inmovilización; formación de los profesionales en vistas a tales circunstancias
- Efecto del transporte sobre la persona y su proceso de salud

Factor de tipo social:

- Carencia o capacitación inadecuada de la red de apoyo: cuidadores y familiares visitantes

Factores propios del paciente:

- Edad, menor de 5 y mayor de 65 años.
- Historia de caídas previas
- Alteraciones del estado de conciencia
- Alteraciones de la capacidad de percepción sensorial
- Alteraciones de la capacidad motora
- Movilidad, equilibrio, mantenimiento postural, astenia
- Trastornos en las facultades mentales
- Dificultad o incapacidad para controlar esfínteres
- Existencia de barreras comunicativas

Alteración del estado nutricional:

- obesidad, carencias nutricionales, déficit vitamínico y deshidratación
- Enfermedades neurológicas, respiratorias, cardíacas, articulares, inmunológicas, metabólicas, cardiovasculares, musculo esqueléticas
- Alteración en el control de la temperatura corporal
- Factores derivados del régimen terapéutico:
- Características del régimen terapéutico, efectos adversos de los medicamentos

Conductas de riesgo:

- Falta de solicitud de ayuda cuando se necesita.

El personal de enfermería es quien se ocupa directamente de la seguridad de los pacientes, identificando, valorando y difundiendo entre el resto del personal y los familiares o cuidadores los riesgos asociados a cada paciente, realizando comunicaciones de incidencias vía informática a través de la página web de Carlos Haya y actuando en la prevención de tales eventos adversos. 1. Identificar al paciente con alto riesgo de caída:

- A) En la valoración inicial del paciente se registrarán los factores de riesgo relacionados con caídas y se aplicará la escala de riesgo de Downton.
- B) Un paciente de alto riesgo tiene 3 o más puntos en la valoración de la escala de Downton u otros factores de riesgo ausentes en la escala que tras la valoración se consideren importantes.
- C) Reevaluación del paciente cada vez que se modifique su estado de salud o el de su entorno.

Incluir al paciente atendido en el protocolo de prevención de caídas:

- A) Mediante identificador visual, en la historia clínica.
- B) Información a los profesionales que pudieran tener contacto con dicho paciente.
- C) Brindar Información al propio paciente, a la familia o al cuidador para que participe en la prevención del riesgo de caídas y aplicar medidas preventivas para tratar o modificar los factores de riesgo.

6.6 FARMACOLOGÍA CLÍNICA

Se pueden administrar fármacos para modificar las contracciones uterinas. Los fármacos oxióticos estimulan las contracciones uterinas, tanto en la inducción del parto, como para contener la hemorragia posparto.

HEMORRAGIA POSPARTO

La Ergometrina y la oxitocina ejercen acciones diferentes sobre el útero. A dosis moderadas, la oxitocina produce contracciones generalizadas lentas con relajación

completa entre ellas; la Ergometrina produce contracciones más rápidas, superpuestas en una contracción tónica. Dosis altas de ambas sustancias producen contracciones tónicas sostenidas. La oxitocina se recomienda actualmente para el uso habitual en la hemorragia posparto y postaborto, porque es más estable que la Ergometrina. No obstante, la Ergometrina está indicada si no se dispone de oxitocina o en situaciones de urgencia

La Ergometrina es un oxitócico representativo. Hay varios fármacos alternativos
Comprimidos, Maleato de Ergometrina 200 microgramos

Inyección de Maleato de Ergometrina 200 microgramos/ml, ampolla 1 ml

Indicaciones: prevención y tratamiento de la hemorragia posparto y postaborto en situaciones de urgencia y cuando no se dispone de oxitocina

Contraindicaciones: inducción del parto, primero y segundo estadio del parto; enfermedad vascular, enfermedad cardíaca grave especialmente *angor pectoris*; alteración hepática y renal grave; sepsis; eclampsia

Oxitocina

Solución para inyección, oxitocina 10 unidades/ml, ampolla 1 ml

Indicaciones: prevención y tratamiento habitual de la hemorragia postparto y postaborto; inducción del parto

Contraindicaciones: contracciones uterinas hipertónicas, obstrucción mecánica al parto, sufrimiento fetal; cualquier situación en la no sea aconsejable el parto espontáneo o la expulsión vaginal; evite su administración prolongada en la inercia uterina resistente a la oxitocina, en la toxemia preeclámpsica grave o en la enfermedad cardiovascular grave

Precauciones: inducción o potenciación del parto en presencia de desproporción pélvico cefálica limítrofe (evítese si es importante); enfermedad cardíaca o hipertensión leve o moderada asociada a la gestación; edad de más de 35 años; antecedente de sección de cesárea en el segmento inferior del útero; evite un parto

traumático en caso de muerte fetal o de líquido amniótico teñido de meconio
intoxicación acuosa e hiponatremia.

ANALGESICOS

Los tipos de analgesia utilizados para aliviar el dolor incluyen paracetamol, fármacos antiinflamatorios no esteroides (AINE) incluida la aspirina y el naproxeno, opiáceos incluida la codeína y métodos no farmacológicos como la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (ENET).

Los AINE incluyeron naproxeno, aspirina, ketorolaco y flurbiprofeno.

El naproxeno es el único que se utiliza todavía en las mujeres que lactan

El uso de la aspirina no se recomienda en las mujeres que lactan ya que existe la inquietud de que pasará al recién nacido a través de la leche materna

Las mujeres a las que se les ofrece codeína para el alivio del dolor deben ser informadas acerca de la posibilidad de efectos adversos para sus recién nacidos. La codeína sólo se les debe prescribir a las mujeres que lactan y que presentan dolor posterior al parto si no hay otra opción y sus lactantes se deben monitorizar estrechamente para observar los signos de sedación y toxicidad de la codeína.

ANTITÉRMICOS Y ANTIBIÓTICOS SEGÚN NECESIDAD.

Administrar antibióticos hasta que la mujer esté sin fiebre por 48 horas.

Ampicilina, 2 g, IV, cada 6 horas, más gentamicina, 5 mg/kg de peso corporal, IV, cada 24 horas.

Metronidazol, 500 mg, IV, cada 8 horas

Penicilina G, 6 millones de unidades, IV, cada 6 horas

Vancomicina, 1 g, IV, cada 12 horas.

Gentamicina, 5 mg/kg de peso corporal, IV, cada 24 horas.

La anemia es un problema importante de salud pública en todo el mundo, sobre todo entre las mujeres en edad de procrear. Una parte considerable de esta carga de anemia se atribuye en principio a la carencia de hierro.

La OMS recomienda, como intervención de salud pública, la administración intermitente de suplementos de hierro y ácido fólico a mujeres menstruantes que viven en entornos con gran prevalencia de anemia. En el puerperio, la administración de suplementos de hierro, ya sea solos o combinados con ácido fólico, también puede reducir el riesgo de anemia al aumentar las reservas de hierro de la madre.

6.7 TOLERANCIA A LA VÍA ORAL

No hay bases que demuestren que las pacientes no puedan beber líquidos durante el proceso de trabajo de parto, dependiendo a las necesidades de su organismo.

Se sugiere reanudar la alimentación cuando ella lo pida en la cantidad que tolere, comenzado por líquidos claros, posteriormente, dieta blanda y a su tolerancia evolucionar a dieta normal libre de lácteos.

A su alta se le sugiere una dieta balanceada en calorías, proteínas, fibras y líquidos abundantes para favorecer la evacuación intestinal y suplir las necesidades nutricionales tanto de las puérperas que lactan como la de las que no lo hacen.

6. 8 ELIMINACIÓN

Las primeras 24 horas después del parto son el periodo de mayor riesgo de complicaciones. Por lo tanto, es necesario observar cuidadosa y regularmente a la paciente para determinar que todo evoluciona adecuadamente.

Es importante valorar y tener en cuenta que, si el parto ha sido con analgesia epidural, puede producirse pérdida de la sensación de orinar. Es necesario, por lo tanto, vigilar la evacuación de la vejiga en las primeras horas tras el alumbramiento. Si la mujer no puede orinar espontáneamente se debe considerar la colocación de una sonda vesical para vaciar la vejiga.

Tras el parto, existe una tendencia hacia el estreñimiento de la mujer debido a la relajación muscular del recto, a la escasa ingesta de alimentos durante el parto y los momentos previos, o a la molestia de la zona perineal. Así que no es de esperar la evacuación espontánea antes del segundo o tercer día después del parto. También queda a decisión del médico tratante la prescripción de laxantes.

Es necesario valorar la aparición de inflamación y/o dolor en las piernas. Levantarse de la cama cuanto antes tras el parto, siempre que no exista contraindicación, disminuye el riesgo de enfermedad tromboembólica. Aunque después de un parto con anestesia epidural hay que esperarse un mínimo de tiempo antes de levantarse.

6.9 DEAMBULACIÓN TEMPRANA

Debe aclararse que la deambulación esta recomendación solo es en aquellas mujeres que tuvieron un parto sin complicaciones, así como en aquellas que se encuentran en un puerperio inmediato normal.

La actividad física temprana favorece, por gravedad, el drenaje de los loquios, y activa la circulación en miembros inferiores lo cual previene la tromboflebitis y su grave complicación: la tromboembolia pulmonar; también estimula los movimientos y evacuación de intestinos.

La mujer puede caminar a sitios cercanos, a manera que ella tolere, esto no implica un gran esfuerzo. Pero sí implica una gran ayuda en la recuperación de la puérpera.

En varios de los centros de atención de parto y de puerperio se recomienda un baño temprano, en puérperas normales, para tener una limpieza corporal adecuada después del trabajo de parto.

7- COMPLICACIONES DURANTE LAS PRIMERAS HORAS POSPARTO

7.1 EXAMINACIÓN INDISPENSABLE EN LAS PRIMERAS HORAS POSPARTO

Durante el puerperio, los órganos y sistemas maternos que sufrieron

transformaciones durante el embarazo y parto, presentan modificaciones que los retornan o involucionan en gran medida a las condiciones pre-gestacionales.

Modificaciones de los órganos genitales

Útero: Después de la salida de la placenta continúan las contracciones uterinas, las que pueden ser muy intensas. Estas contracciones son esenciales para la hemostasia al comprimir los vasos sanguíneos del lecho placentario y lograr su obliteración.

Pueden distinguirse tres tipos de contracciones uterinas durante el puerperio:

Contracción permanente o retracción uterina: Ocurre en las primeras horas del puerperio inmediato. Clínicamente se detecta al palpar el útero en el hipogastrio de consistencia dura y firme.

Contracciones rítmicas espontáneas: Se superponen a la contracción permanente y se les ha denominado "entuestos". Ocurren también durante el puerperio inmediato y en los primeros días del puerperio temprano. En las primeras 24 horas postparto estas contracciones son regulares y coordinadas, posteriormente disminuyen su intensidad y frecuencia.

Contracciones inducidas: Se producen durante la succión como respuesta al reflejo mama - hipotálamo - hipófisis, debido a la liberación de oxitocina por la hipófisis posterior. Estas contracciones ocurren durante todo el puerperio y mientras persista la lactancia.

Otra valoración esencial en el periodo de puerperio es la diferenciación de loquios: Se denomina "loquios" al contenido líquido normal expulsado por el útero en su proceso de involución y curación de la superficie cruenta dejada por el lecho placentario.

Los loquios no tienen mal olor y son variables en cantidad y características a lo largo del puerperio. Los primeros tres días contienen una mezcla de sangre fresca y decidua necrótica o también llamada loquia rubra, luego disminuye el contenido sanguíneo tornándose más pálido lo que sería loquia serosa. Ya en la segunda

semana el líquido se aclara transformándose a color blanco amarillento que es loquia alba.

Mamas: Durante el embarazo, la mama es preparada para el proceso de la lactancia. Después del parto, con la salida de la placenta, se produce un descenso brusco de los esteroides y lactógeno placentarios.

Esto elimina la inhibición de la acción de la prolactina en el epitelio mamario y se desencadena la síntesis de leche. Las células presecretoras se transforman en secretoras.

Entre el segundo y cuarto día post parto, las mamas se observan aumentadas de volumen, ingurgitadas y tensas debido al aumento de la vascularización sanguínea y linfática apreciándose además un marcado aumento en la pigmentación de laaréola y pezón.

En este período, el flujo sanguíneo de la mama corresponde a 500-700 ml por minuto y es 400 a 500 veces el volumen de leche secretada. La mama de la nodriza representa aproximadamente el 3% del peso corporal.

7.2HEMORRAGIAS

La hemorragia posparto es un sangrado excesivo que se produce luego del parto. Se presenta en entre el uno y el cinco por ciento de las mujeres con hemorragia posparto, y es más frecuente en partos por cesárea. La hemorragia puede producirse antes o después de la expulsión de la placenta. La pérdida de sangre promedio luego de un parto simple por vía vaginal es de aproximadamente 500 ml (o alrededor de la mitad de un cuarto de galón). La pérdida de sangre promedio luego de un parto por cesárea es de aproximadamente 1000 ml (o un cuarto de galón). La mayoría de las hemorragias posparto ocurren inmediatamente después del parto, pero también pueden producirse posteriormente.

Causas de la hemorragia posparto

Una vez que se da a luz al feto, en general el útero se sigue contrayendo (se estrechan sus músculos) y expulsa la placenta. Luego de la expulsión de la placenta, las contracciones ayudan a comprimir los vasos sangrantes de la zona donde estaba adherida la placenta. Si las contracciones uterinas no son lo suficientemente fuertes, lo que se denomina "atonía uterina", estos vasos sangran en exceso y se produce la hemorragia. Esta es la causa más frecuente de hemorragia posparto. También es probable que el sangrado continúe si quedan restos de placenta por desprenderse.

Algunas mujeres corren más riesgo que otras de sufrir hemorragias posparto. Entre los factores que pueden aumentar el riesgo de hemorragia se incluyen los siguientes:

- Desprendimiento de la placenta. Desprendimiento temprano de la placenta implantada en el útero.
- Placenta previa. La placenta se implanta cerca o cubriendo de apertura del cuello del útero.
- Sobredistensión del útero. Agrandamiento excesivo del útero debido a una gran cantidad de líquido amniótico o a un bebé grande, en especial con un peso mayor a 4,000 gramos
- Embarazo múltiple. Más de una placenta y agrandamiento del útero.
- Hipertensión gestacional o preeclampsia. Presión arterial alta inducida por el embarazo.
- Muchos partos anteriores
- Trabajo de parto prolongado
- Infección
- Obesidad
- Medicamentos para inducir el trabajo de parto
- Medicamentos para detener las contracciones
- Uso de fórceps o parto asistido por ventosa
- Anestesia general

La hemorragia posparto también puede deberse a otros factores, entre los que se incluyen los siguientes:

- Desgarro del cuello del útero o de los tejidos de la vagina
- Desgarro de los vasos sanguíneos del útero
- Sangrado en una zona o espacio de tejido oculto en la pelvis que se convierte en un hematoma, en general en la vulva o la vagina
- Trastornos de coagulación sanguínea, como por ejemplo coagulación intravascular diseminada
- Placenta accreta. Adherencia anormal de la placenta al interior del útero (trastorno que se presenta en 1 de cada 2,500 partos y que es más frecuente si la placenta está adherida a una cicatriz producto de una cesárea anterior).
- Placenta increta. Los tejidos de la placenta invaden los músculos del útero.
- Placenta percreta. Los tejidos de la placenta se extienden hasta llegar al músculo del útero.

Aunque es un hecho aislado, la ruptura del útero puede poner en peligro la vida de la madre. Entre los factores que pueden aumentar el riesgo de ruptura del útero se incluyen la extirpación de fibromas y las cicatrices de una cesárea anterior.

Una cicatriz previa en la parte superior del fondo del útero presenta un riesgo mayor de ruptura del útero que en el caso de una cicatriz horizontal en el segmento inferior del útero llamada "incisión trasversal". También puede presentarse antes del parto y poner en riesgo la vida del feto.

De no tratarse, la pérdida de sangre excesiva y rápida puede ocasionar una disminución grave de la presión arterial de la madre y provocar un episodio de shock.

A continuación, se enumeran los síntomas más comunes de la hemorragia posparto. Sin embargo, cada mujer puede experimentarlos en forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

- Sangrado incontrolable
- Disminución de la presión arterial

- Aumento de la frecuencia cardíaca
- Disminución de los glóbulos rojos
- Tumefacción y dolor en los tejidos de la zona vaginal y perineal si la hemorragia se debe a un hematoma

Los síntomas de la hemorragia posparto pueden parecerse a los de otras enfermedades o problemas de salud. Consulte siempre a su médico para obtener un diagnóstico.

Aparte del examen físico y la historia clínica completa, el diagnóstico normalmente se basa en exámenes de laboratorio. Los exámenes para el diagnóstico de la hemorragia posparto pueden incluir los siguientes:

- Cálculo de la pérdida de sangre (este cálculo puede realizarse contando la cantidad de almohadillas saturadas o pesando las compresas o esponjas utilizadas para absorber la sangre. Un mililitro de sangre pesa aproximadamente 1 gramo)
- Medición de la frecuencia del pulso y la presión arterial
- Hematocrito (conteo de glóbulos rojos)
- Factores de coagulación en la sangre

TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO

El médico determinará el tratamiento específico basado en lo siguiente:

- Embarazo, estado de salud general e historia clínica
- Gravedad de la afección
- Tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o tratamientos
- Cuánto se espera que dure el problema
- Su opinión o preferencia

El objetivo del tratamiento de la hemorragia posparto es encontrar y detener la causa del sangrado tan pronto como sea posible. El tratamiento para la hemorragia posparto puede incluir lo siguiente:

- Medicamentos (para estimular las contracciones del útero)

- Masaje manual del útero (para estimular las contracciones)
- Extirpación (extracción) de los restos de placenta que quedaron en el útero
- Exámenes del útero y demás tejidos de la pelvis y examen de la vagina y la vulva para buscar zonas que puedan necesitar reparación
- Balón de Bakri o un catéter Foley para comprimir la hemorragia dentro del útero. Se puede taponar el útero con esponjas y materiales estériles a falta de un balón de Bakri o un catéter Foley.
- Laparotomía. Cirugía para abrir el abdomen y encontrar la causa del sangrado.
- Ligadura de los vasos sanguíneos sangrantes o uso de suturas de compresión del útero. Estos procedimientos se realizan durante una laparotomía.
- Histerectomía. Extirpación (extracción) quirúrgica del útero. En la mayoría de los casos es el último recurso.

En el tratamiento de la hemorragia posparto es importante la reposición de la sangre y demás líquidos perdidos. Puede realizarse una transfusión rápida de líquidos, sangre o sus derivados por vía intravenosa (IV) para prevenir un shock. La madre también puede recibir oxígeno a través de una mascarilla.

La hemorragia posparto puede ser grave. No obstante, en general, la detección temprana y el tratamiento rápido de la causa del sangrado pueden posibilitar una recuperación total.

7.3

ATONÍA

UTERINA

Después del alumbramiento placentario ya sea vía vaginal o abdominal el útero materno comienza su involución para recuperar su posición inicial. La atonía uterina es la causa más frecuente de hemorragia obstétrica postparto considerado en un 90% de los casos por ello es de gran relevancia una continua valoración del útero en las primeras horas postparto y la actuación temprana para evitar posibles complicaciones.

INVOLUCIÓN UTERINA:

Para valorar los cambios que ocurren en el útero inmediatamente después del parto, debemos proceder de la siguiente forma:

Determinar la localización, y tamaño del útero:

Colocamos una mano sobre el segmento inferior del útero y con el lado de la mano dominante precisamos la altura del fondo uterino.

Lo encontraremos a medio camino entre el ombligo y la sínfisis del pubis. La altura se mide por traveses de dedo o con una cinta métrica.

Una elevación del útero por encima del ombligo o una desviación de su línea media nos ponen en sospecha de una vejiga urinaria llena que impide su correcta contracción y acomodación.

Determinar la consistencia o firmeza uterina:

La consistencia del útero después del parto debe ser dura, leñosa. Esto es indicativo de una correcta contracción o formación del globo de seguridad y su palpación no debe llevar a una sensibilidad excesiva.

La yema de los dedos corrobora la consistencia. Un útero pastoso, esponjoso, pone a la mujer en riesgo de hemorragia.

Aprovechando la valoración de la involución uterina palpamos el abdomen de la mujer revisando distensión, flacidez, dureza, rigidez o sensibilidad. También exploramos la existencia de separación de los músculos rectos abdominales



La atonía uterina se define como la incapacidad del útero de contraerse tras el alumbramiento, lo que conlleva una falta de hemostasia del lecho placentario, con la consiguiente hemorragia excesiva en el postparto inmediato con una pérdida de más de 500 ml de sangre tras parto vaginal o más de 1000 ml tras cesárea en las primeras 24 horas.

factores de riesgos:

- Sobre distensión uterina
- Agotamiento uterino (exceso de oxitocina)
- Uso de relajantes uterinos
- Placenta previa
- Antecedentes de hemorragia postparto en embarazo anterior
- Corioamnionitis
- Alteraciones uterinas anatómicas
- Desprendimiento de placenta normo inserta

Sintomatología

la hemorragia puede ser torrencial por lo que la actuación debe ser rápida.

Datos clínicos:

- Taquicardia
- vasoconstricción compensatoria que mantiene la tensión arterial
- tardíamente se originará hipotensión

Monitorizar:

- tensión arterial
- Oximetría
- Pulso
- ECG
- Diuresis
- Canalizar o mantener vía venosa de grueso calibre
- si la paciente se encuentra inestable:

- Extraer muestras de laboratorio
- Lo principal es restaurar volumen 300 ml/100 ml de sangre perdidos
- Mantener vía aérea permeable
- Administrar O2 10l/min. Colocar sondaje vesical y canalizar vías venosas de grueso calibre.
- Debemos realizar una valoración continua del fondo uterino, realizando masaje moderado.
- Valorar signos vitales y estado general, así como la diuresis.
- Reevaluar sangrado, repitiendo determinación de Hemoglobina cada 30 min

Como último recurso, medidas quirúrgicas; las cuales pueden ser ligadura de arterias uterinas incluso histerectomía.

7.4 ALTERACIONES EMOCIONALES Y PSICOLÓGICAS

La mujer desde el comienzo del embarazo experimenta cambios en su cuerpo y dudas que se originan de sentimientos diversos como lo son:

1. Miedo
2. Dudas
3. Impotencia
4. Poder
5. Alegría
6. Agradecimiento
7. Ilusión
8. Decepción
9. Tristeza
10. Inseguridad

El vínculo empieza a formarse en el embarazo y está afectado por una serie de factores interpersonales y ambientales: la calidad de la relación de pareja, el apoyo

social, la presencia de estresores, la dinámica intrapsíquica sobre cómo se concibe él bebe y, sobre todo, la manera en que la madre fue criada por sus propios padres.

Una consecuencia de esta transparencia psíquica puede ser que el embarazo suponga un momento privilegiado en el que resolver más rápidamente conflictos psíquicos que en otros momentos de la vida.

Las mujeres que han tenido infancias traumáticas de abandono pueden sentir una intensa angustia, que se manifieste con síntomas somáticos al estar embarazadas; pero, precisamente por eso, la psicoterapia centrada en comprender y asumir la propia historia previa vincular puede ser especialmente eficaz.

El puerperio es un periodo de cambios, de adaptación, de aprendizaje y de expectativas nuevas. Un tiempo necesario para acoger y cuidar la criatura, en el que se producen cambios en todos los sentidos.

Una etapa de alegría por la presencia del bebé, enriquecedora, fluida, llena de posibilidades y creatividad. O un periodo vulnerable, de fragilidad emocional y física en el que aparecen miedos, inseguridades, dudas relacionadas con el cuidado personal y el del bebé. Un cambio en el rol parental/pareja, que pueden dificultar el equilibrio necesario para atender las necesidades de la madre, de la criatura y de la nueva familia.

Desde el punto de vista psíquico el embarazo se caracteriza por una creciente sensibilidad emocional y una necesidad de revisar y comprender los vínculos primarios para poder vincularse afectivamente con el recién nacido.

Sostener a la futura madre será el papel no solo del padre y la familia sino también de los profesionales sanitarios. Si la embarazada tuvo una infancia muy dolorosa o una vida muy difícil es probable que durante el embarazo no pueda apenas imaginar a su bebé o que incluso viva el embarazo con intensa angustia.

durante el embarazo en el cerebro de la madre se crean nuevas neuronas en algunas áreas específicas como son el hipocampo o el bulbo olfatorio, que facilitarán a su vez la transición a la conducta maternal tras el parto

Todos estos cambios durante el embarazo están destinados a producir en la madre un estado de gran sensibilidad tras el parto y respuesta a las demandas del recién nacido. Hacia el final del embarazo el cerebro materno está muy influido por las hormonas: Prolactina, Progesterona, Esteroides, etc.

PROLACTINA

- Eleva sus niveles unas quince veces durante el embarazo
- Prepara el alveolo mamario para la producción de leche
- Produce un aumento temporal del apetito para proveer nutrientes al feto y energía extra para la madre, así como para su almacenamiento en forma de grasa para la lactancia
- Actúa reduciendo la respuesta del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal al estrés
- Estimulando la neurogénesis
- Inhibe la ovulación
- Interviene en el desarrollo y mantenimiento de la conducta maternal.

La Oxitocina y la vasopresina. Son cruciales en la transición que supone pasar a cuidar del recién nacido, mediante la activación de cambios en expresión de genes en el cerebro maternal. La oxitocina es producida en el cerebro por dos tipos de neuronas:

- Unas que se proyectan a la hipófisis posterior y secretan oxitocina a la circulación sistémica
 - Otras que se proyectan dentro del cerebro y que regulan algunas conductas, especialmente el comportamiento maternal, además de ejercer una función homeostática
 - También se puede producir en el útero, las gónadas, el corazón y el timo
 - Creando un ambiente de acogida cálido y que permita la intimidad y la confianza
 - Dejarle expresar sus sentimientos y vivencia
 - Proporcionarle estrategias para mitigar el cansancio y aislamiento
- Recomendaciones para la gestión de las visitas

- Comunicarse de forma positiva con las personas de su entorno más cercano
- Intenta establecer prioridades en las rutinas cotidianas, pedir la ayuda que necesiten tanto en tu entorno como a tu matrona
- Seguir un ritmo vital adaptado a sus necesidades, sin exigencias ni presiones.

7.5

TRISTEZA

POSPARTO

El embarazo como todos los cambios importantes de nuestra vida, necesita tiempo, cuidado, sostén y acompañamiento.

En la hora del parto el personal de enfermería está encargada de hacer que la familia, la madre y pareja, mantenga una convivencia saludable, de apoyo y amor hacia el proceso que afrontara la madre.

La tristeza postparto es un proceso fisiológico, a medida que van pasando los días estos sentimientos deben de desaparecer, de lo contrario se pensara en una depresión postparto o falta de apoyo emocional en el entorno familiar de la puérpera.

Es importante conocer la sintomatología que la madre puede producir ya sea en el embarazo, el parto o bien, en el puerperio:

- Labilidad emocional
- Irritabilidad
- Llanto fácil
- Ansiedad generalizada
- Trastornos del sueño y del apetito
- Aparece a partir del 3er-4º día y remite sobre el día 10
- Suele producirse por cansancio, falta de sueño y la propia adaptación a la nueva situación
- No requiere tratamiento. Si no desaparece, consultar al medico
- El apoyo familiar será muy recomendable, así como tu descanso y una buena dieta para recuperar fuerzas.

7.6 LACTANCIA MATERNA INEFICAZ

La lactancia materna se considera la alimentación ideal del lactante. Además, la evidencia científica ha demostrado que los niños no amamantados tienen más enfermedades, más graves y más largas, no sólo durante la época de la lactancia, sino muchos años después. Así, la lactancia materna de más de tres meses de duración puede disminuir hasta un 77 % el riesgo de otitis media, un 75 % el riesgo de infecciones respiratorias de vías bajas, un 40 % el riesgo de asma y un 42 % el riesgo de dermatitis atópica.

Una lactancia materna de más de seis meses de duración puede disminuir también el riesgo de padecer leucemia en un 20 % y en un 36 % el riesgo de muerte súbita. Además, parece que la lactancia materna disminuye el riesgo de enfermedad celíaca, obesidad y diabetes de tipo 1 y tipo 2 en la edad adulta.

Amamantar ayuda a la madre a mejorar su salud presente y futura, reduciendo las hemorragias postparto, proporcionando anticoncepción durante los seis primeros meses (siempre y cuando el bebé tenga menos de seis meses, la lactancia sea exclusiva, existan las tomas nocturnas y no haya regresado el período menstrual de la madre), mejorando la mineralización ósea postparto, disminuyendo el riesgo de cáncer de mama, ovario y de diabetes tipo 2, entre otros beneficios.

Por todo ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que todos los lactantes sean amamantados en exclusiva durante los primeros seis meses y junto con otros alimentos complementarios hasta los dos años de edad o más, mientras madre e hijo lo deseen

El contacto piel con piel (CPP) de la madre con su recién nacido, inmediato e ininterrumpido tras el parto tiene beneficios importantes. Se ha demostrado que favorece la vinculación materno-filial y la aparición de conductas instintivas que facilitan el comienzo de la lactancia materna. Sin embargo, y a pesar de las recomendaciones de la Estrategia del Parto Normal del Ministerio de Sanidad,

Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), todavía hay muchos hospitales españoles en los que ésta no es una práctica habitual. Por otra parte, en los últimos años se han descrito episodios aparentemente letales en recién nacidos en las dos primeras horas tras el nacimiento mientras permanecían en CPP en posición prono sobre sus madres. Por todo ello, es necesario preguntarse sobre la importancia de esta práctica, la necesidad de su implantación y la existencia de limitaciones para su aplicación.

La preocupación por conseguir que la lactancia se inicie en la primera hora de vida, al considerarse una condición importante para su éxito hace que, en ocasiones, los profesionales coloquen al recién nacido directamente sobre el pezón y fuercen un agarre que debería ser espontáneo. Sin embargo, aunque sí es conveniente que los recién nacidos succionen y estimulen el pecho cuanto antes, estudios recientes sugieren que el agarre espontáneo favorece un mejor acoplamiento de la boca al pecho. Por todo ello, se pretende determinar la evidencia existente y cuál de las dos posturas, intervención activa frente a actitud expectante, es más recomendable.

Por lo tanto, la evidencia sugiere por un lado que es mejor el inicio temprano de la lactancia materna (en las dos primeras horas de vida del recién nacido) y por otro, que el arrastre al pecho con agarre espontáneo por parte del recién nacido es la mejor forma de iniciar la lactancia. Aunque varios estudios apuntan que la mayoría de los recién nacidos alcanzarán el pecho espontáneamente entre los primeros 20-90 minutos de vida, también puede que haya recién nacidos que no consiguen agarrarse al pecho por sí mismos durante esas dos primeras horas de vida. Por lo tanto, considerando la importancia de que el recién nacido se agarre por sí solo, pero también la importancia de que se haga una primera toma en el postparto inmediato, el grupo llega al consenso de recomendar que el recién nacido haga el arrastre al pecho y se agarre espontáneamente en la primera hora durante el CPP y, pasado ese tiempo, ayudarle para asegurar que el primer agarre se hace en las dos primeras horas de vida.

Se sabe que los recién nacidos sanos no necesitan alimentarse durante las primeras horas, aunque sí es conveniente que estimulen y succionen el pecho materno.

Cuando la primera toma efectiva se retrasa, madre, familiares y profesionales comienzan a sentir una gran preocupación por el bienestar del recién nacido. Conviene, por tanto, conocer cuánto puede esperarse con seguridad

La postura de la madre y la colocación del lactante al pecho han sido objeto de todo tipo de recomendaciones, algunas contradictorias entre sí. Aunque es bien sabido que lo realmente importante es la relación entre la boca del lactante, el pezón y la areola, identificar las posturas que pueden favorecer que el lactante se agarre adecuadamente al pecho de su madre permitirá a los profesionales ofrecer una ayuda más eficaz.

Suele insistirse en la importancia de las tomas nocturnas debido a que, al producir una liberación más importante de prolactina que las tomas diurnas, pueden favorecer una mayor producción de leche. Dado que muchas mujeres encuentran agotador amamantar varias veces por la noche y que la fatiga y el desánimo materno son perjudiciales para el éxito de la lactancia, interesa conocer hasta qué punto esta recomendación está justificada.

7.7 FALTA DE APOYO FAMILIAR

Ayudar a la adaptación de las madres y los padres a esta nueva etapa:

- Prever esta nueva situación y buscar ayuda ante los cambios que se producen.
- Reflexionar sobre las dificultades, los retos y la felicidad que puede proporcionar el nacimiento de una criatura.
- Potenciar el sentido común y la capacidad de aprendizaje, así como el sentido del humor para superar las diferentes situaciones que se plantearán con el crecimiento de la criatura.

La mayoría de las madres que encuentran apoyo en su entorno para amamantar, viven una experiencia mucho más gratificante, positiva y enriquecedora. Y por tanto más prolongada en el tiempo y más sana para ellas y sus hijos.

También es vital que la familia ejerza un papel de ayuda práctica y apoyo logístico, realizando aquellas tareas cotidianas imprescindibles para vivir: Limpiar, comprar, cocinar, cuidar de otros hijos, etc.

Actividades para las que la madre lactante no dispone de suficiente tiempo ni energía, ya que toda ella se dirige naturalmente hacia el recién nacido.

Las madres que amamantan merecen ser objeto de atención y cuidados por parte de sus seres queridos ya que ellas son el sostén de dos personas en una: ellas mismas y sus bebés.

Tanto a nivel psicológico-emocional como a nivel físico y logístico la lactancia debería ser total y completamente apoyada y sostenida por toda la sociedad.

Contar con el apoyo del padre del bebé, la familia y los amigos contribuye en el estado anímico de la madre que se ve contenida y cuidada por sus seres queridos.

Al estudiar la evolución de un grupo de embarazadas y preguntarles sobre el apoyo que recibían de su entorno hallaron que aquellas mujeres que durante la gestación habían recibido atención y contención social dieron a luz con más peso que aquellas que no contaron con ese apoyo. Además, las embarazadas que reciben el cuidado y el acompañamiento de su entorno familiar tendrán una protección contra las hormonas del estrés que contribuyen a la aparición de la depresión postparto.

Si tenemos en cuenta además otras investigaciones que relacionan cada vez con más énfasis el estrés materno con el bajo peso al nacer, es evidente que la situación emocional que atraviesa la mujer es fundamental para un buen desarrollo del bebé.

Al sentirse contenida por su pareja, familiares y amigos la mujer cuida mejor su alimentación, busca información acerca de los cuidados prenatales y cuida más su salud, lo cual repercute en el peso del bebé

8.0 PROMOCIÓN DE SALUD

8.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO

Valoración estandarizada al ingreso según el modelo de D. Orem.

MADRE

- Respiración: Normalmente no Alterada
- Alimentación: Normalmente no Alterada
- Eliminación: Alterado

Estreñimiento, retención urinaria, incontinencia urinaria, infecciones urinarias, entre otra

- Descanso: Alterado

Ansiedad, depresión, alteración del ritmo de sueño habitual del paciente debido a los cuidados del nuevo bebé.

- Higiene personal: No alterada o bien alterada por

Déficit de autocuidados en la higiene y el acicalamiento.

- Movilidad: Dependiente:

limitación del movimiento parcial debido al dolor.

- Seguridad: Alterada

hipotensión ortostática, riesgo de hemorragia.

- Estado de consciencia:

consciente y orientada.

- Riesgo de caídas bajo

0-1 0 = actividad completa.

1= tiene que limitar las actividades que requieren esfuerzos, pero sigue siendo ambulatorio.

- Estado piel y mucosas: Alterada

Episiotomía, hematoma perineal, hemorroides.

- Capacidad sensorial: No alterada
- Aspectos psicológicos y sociales:

Ansiedad ante la nueva situación.

Período de crisis vital, depresión postparto.

- Cambio en los roles familiares. Problemas de comunicación relacionado con el idioma, choque cultural.
- Otros: fiebre

Los posibles diagnósticos de enfermería deben estar encaminados a cumplir objetivos fundamentales como lo son identificar y prevenir complicaciones maternas, educar a los padres en los cuidados relativos al nuevo bebé, educar a la madre en los autocuidados relacionados con el puerperio.

Ejemplos de la formación de diagnósticos de enfermería con NIC y NOC

00085. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA

r/c:

- Malestar
- Dolor.

m/p:

- Limitación de la amplitud de movimientos
- Limitación de la capacidad para las habilidades motoras gruesas
- Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas.

NOC RESULTADOS -0208. Movilidad

NIC INTERVENCIONES

1400 manejo del dolor.

0221 terapia de ejercicios: ambulación.

1801. Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene

1802. Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal

1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación

5612. Enseñanza actividad / ejercicio prescrito

00106 LACTANCIA MATERNA EFICAZ

r/c:

- Conocimientos básicos sobre la lactancia materna.

m/p:

- Verbalización materna de satisfacción con el proceso de amamantamiento

NOC RESULTADOS

1000 establecimiento de la lactancia materna: lactante

1001 establecimiento de la lactancia materna: madre.

NIC INTERVENCIONES

5244 asesoramiento de la lactancia

00161. DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS.

m/p:

- Explica su conocimiento del tema

- Manifiesta interés en el aprendizaje

NOC RESULTADOS

1818 conocimiento: salud materna en el puerperio

1819 conocimiento: cuidados del lactante

1800 conocimiento: lactancia materna

NIC INTERVENCIONES

5568 educación paterna: niño

6930 cuidados posparto.

1054 ayuda en la lactancia materna

7370 planificación del alta

8.2 CONTROL PRENATAL

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. La cobertura debe ser máxima, que el equipo de salud entienda la importancia de su labor. Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo.

El equipamiento básico consiste en un lugar físico con iluminación y climatización adecuada, camilla o mesa ginecológica, esfigmomanómetro, balanza con cartabón,

huinchas de medir flexibles, estetoscopio de Pinar, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales, sistema de registro clínico y equipo humano de salud. Con la infraestructura señalada podemos perfectamente lograr los objetivos generales del control prenatal que son:

Identificar factores de riesgo

Diagnosticar la edad gestacional

Diagnosticar la condición fetal

Diagnosticar la condición materna

Educar a la madre

IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.

Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbimortalidad son la prematurez, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados.

Los problemas que se asocian a morbimortalidad materna como ya lo venimos mencionando son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pregestacionales. Se han diseñado múltiples listados con factores de riesgo a los cuales se les asigna un puntaje, los que, sumados, indicarían la necesidad de que esa gestación se controle en el nivel primario, secundario o terciario de atención prenatal.

EDUCACION MATERNA

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente.

El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal.

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:

- Signos y síntomas de alarma
- Nutrición materna
- Lactancia y cuidados del recién nacido
- Derechos legales
- Orientación sexual
- Planificación familiar
- Preparación para el parto
- Signos y síntomas de alarma.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto.

El personal sanitario tiene una gran influencia en la elección del método anticonceptivo, por lo que debe de conocer las características y la eficacia de los diferentes métodos. Además, se deben de tener en cuenta criterios personales y los propios del método, con el fin de que se tomen decisiones informadas.

8.3 PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

La Organización Mundial de la Salud y UNICEF iniciaron una lucha por promover la lactancia materna. Para ello, promocionaron una nueva guía que Cuenta con recomendaciones especialmente destinadas a proteger la lactancia desde las primeras horas de vida del bebé. El objetivo es fomentar en los centros de salud el apoyo a las madres que optan por amamantar a sus hijos.

La nueva edición de la Guía de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en los hospitales y centros de salud que ha presentado la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, viene acompañada de una actualización de los 10 pasos para la lactancia materna exitosa.

Conscientes de las dificultades que encuentran millones de madres, ambas organizaciones hacen especial hincapié en el papel que juegan los hospitales y centros de salud en apoyar la lactancia materna. Porque, aunque los estudios científicos demuestran los beneficios para la salud del bebé, la ayuda a veces es insuficiente para conseguir una lactancia exitosa cuando las madres se encuentran en los paritorios.

A pesar de tratarse de un acto natural, la lactancia no siempre es fácil. Encontrar la postura correcta, los problemas de retención de leche, grietas en los pezones o la regurgitación mamaria, pueden desanimar a cualquier mamá. Especialmente si ésta es primeriza.

Por lo tanto, el apoyo del personal sanitario es fundamental. De su orientación depende que las madres continúen apostando o no por la lactancia materna. Se pone el foco así, en los primeros días de vida del bebé. Es durante este periodo en el que un buen asesoramiento y orientación marcarán la diferencia entre una lactancia materna exitosa o no.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE Y SU BEBÉ

Cabe recordar en este punto, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre la lactancia materna. Una información no sólo valiosa para las madres, sino para la sociedad en su conjunto.

- La OMS recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida. La lactancia debe comenzar en la primera hora de vida, el amamantamiento debe hacerse “a demanda” y es conveniente evitar biberones y chupetes.
- La leche materna es el alimento ideal para recién nacidos y lactantes, contiene todos los nutrientes para un desarrollo sano. Aporta anticuerpos que les ayudan a combatir enfermedades.
- La lactancia materna también es beneficiosa para las madres. Reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovario, así como la depresión postparto.
- Las madres que optan por la lactancia materna presentan un menor riesgo de sobrepeso tras el parto.
- Aquellas mujeres que amamantan a sus bebés tienen también un menor riesgo de padecer diabetes de tipo 2.
- Las preparaciones para lactantes no contienen los anticuerpos que hay en la leche materna.
- Reduce el riesgo de muerte súbita del bebé.
- Aquellos bebés alimentados mediante lactancia materna durante dos años presentan un mayor coeficiente intelectual y mejor rendimiento escolar.

10 Pasos para una lactancia materna exitosa:

1. Contar con leche de fórmula en los hospitales, pero no promover su uso ni facilitar muestras gratuitas.

La OMS y Unicef son muy claros en este sentido y se acogen al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. La leche de fórmula debe estar disponible cuando sea necesario, pero no se debe promover la lactancia artificial por parte del propio personal sanitario,

2. Que el personal del centro sanitario cuente con la formación y habilidades suficientes sobre lactancia materna.

3. Informar tanto a la madre como a su familia sobre los beneficios de la lactancia materna.

4. Facilitar el contacto piel con piel entre la madre y el bebé nada más nacer.

El contacto piel con piel junto con la no separación de madre e hijo, facilitarán la lactancia después del parto. Por parte del personal sanitario debe informarse a la madre de lo beneficioso de comenzar la lactancia lo antes posible.

El contacto piel con piel debe proporcionarse a madre e hijo tras el parto, cuando ambos se encuentren médicamente estables. Debe durar al menos una hora para favorecer la subida de la leche en la madre. Debe realizarse también en las unidades neonatales. Cuando para la madre no sea posible, el “método canguro” puede ser realizado por el padre.

Según un reciente estudio de UNICEF, los beneficios del contacto piel con piel son múltiples tanto para la madre como para el bebé:

- Calma y relaja a la madre y al recién nacido.
- Regula la frecuencia cardíaca del bebé y el ritmo respiratorio, ayudándolo a acostumbrarse al exterior.
- Estimula la digestión y el interés por la lactancia.
- Regula la temperatura del bebé.
- Protege al recién nacido de infecciones.
- Estimula la segregación de hormonas para favorecer la lactancia materna.

5. Apoyar a las madres para iniciar y mantener la lactancia, así como a hacer frente a las dificultades que puedan presentarse.

En muchas ocasiones, una madre primeriza jamás ha visto cómo se da el pecho. Las clases de preparación al parto pueden ser también insuficientes e incompletas en este sentido.

Cómo adoptar la postura correcta, cómo saber cuándo la toma ha terminado, detectar las señales de hambre del bebé, cómo alternar los dos pechos

Si a esto le sumamos las dificultades que pueden presentarse por una complicación, la lactancia materna puede ser una carrera de obstáculos. Por lo tanto, los médicos y el personal sanitario que trabaja en las unidades de maternidad deben contar con la formación necesaria para ayudar a las madres.

6. No proporcionar al recién nacido ningún otro alimento o fluido diferente a la leche materna, salvo que se indique por prescripción médica. Estas prácticas siempre deben contar con la autorización y conocimiento de la madre.

La lactancia materna puede dificultarse por recomendaciones erróneas como “el pecho cada 3 horas, al bebé hay que acostumbrarle”. Nada más lejos de la realidad, el pecho debe ser “a demanda”.

Un buen asesoramiento es fundamental. No hay que dejarse llevar por consejos de familiares y amigos, sino por los verdaderos profesionales

7. Facilitar el contacto madre e hijo, permaneciendo ambos en la misma habitación las 24 horas al día.

Aunque el parto no sea vaginal y se produzca mediante una cesárea, madre e hijo deben estar en contacto desde el primer minuto de vida del bebé. Se debe ayudar a la madre, a que adopte la postura correcta para dar de mamar.

8. Enseñar a las madres a identificar y satisfacer las señales que indican que su bebé quiere mamar.

Es importante recordar que la lactancia debe ser “a demanda”. Como antes hemos comentado, nunca se deben establecer horarios rígidos para las tomas. No se debe esperar a que el recién nacido llore para darle el pecho. Es fundamental saber identificar las principales señales de hambre del bebé.

- Abre y cierra los ojos, abre y cierra la boca.
- Saca la lengua y mueve la cabeza hacia los lados. Si está en brazos se gira hacia el pecho.
- Hace chasquidos o se chupa los labios.
- Se chupa los puños o las manos.

9. Informar a las madres sobre el uso y los riesgos que tiene para la lactancia materna el uso de biberones, tetinas y chupetes.

El biberón o chupete no debe ofrecerse al bebé hasta que la lactancia no esté totalmente establecida. El tipo de succión es diferente al del pecho, por lo que puede provocar confusión en el recién nacido.

10. Ofrecer asistencia y atención continua sobre la lactancia materna a los padres y sus bebés después del alta hospitalaria.

8.4 ESTUDIO DE CASO “MEDICINA PREVENTIVA EN LA MUJER” A.C-HNSS

8.5 PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

La práctica de enfermería se define como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas físicos y emocionales, reales y potenciales, a través de servicios como la búsqueda de casos, educación para la salud, consejo sanitario y la prestación de atención sanitaria para mantenimiento y restablecimiento de la vida y bienestar del enfermo.

El proceso de atención de enfermería permite el acercamiento profundo con la realidad en la que vive una persona, con la finalidad de conocer aspectos de su vida de tipo social, económico, biológico y del medio en que se desarrolla, logrando identificar problemas o necesidades.

Como personal profesional sanitario debemos reconocer los riesgos potenciales de la mujer embarazada y en trabajo de parto, clasificando prioridades y a si mismo planificar y organizar estrategias concretas que ayude a la disminución de muertes maternas.

8.6 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Considerando que muchas de las complicaciones de las mujeres en trabajo de parto, parto y cuerpo, se pueden diagnosticar y tratar con anticipación. Se debe de

poner más empeño y dedicación en la educación y atención preventiva antes del embarazo, durante y posterior al alumbramiento.

Esta herramienta permite considerar alternativas novedosas para la atención, enfocada en las necesidades particulares de una persona con determinadas características. Buscando mejorar la calidad de vida, restablecer su condición de salud, informar y educar sobre temas específicos e indispensables relacionados con el proceso de la concepción.

8.7 TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio de caso debido a su carácter particular es útil para suministrar recomendaciones acerca de acciones a seguir. asesorar y desarrollar procesos de intervención en personas.

El Hospital de Nuestra señora de la Salud, cuenta con el servicio de atención ciudadana donde actualmente se da atención preventiva por parte de personal de enfermería a la población en general para evitar y controlar enfermedades crónico-degenerativos a cualquier edad.

Considerando que es un servicio activo y que las estudiantes de la escuela de enfermería deben estar capacitadas para diagnosticar enfermedades propias del embarazo y alteraciones diversas relacionados con este proceso, se considera pertinente agregar actividades sobre educación sanitaria preventiva antes, durante y después del embarazo, transmitir conocimientos, trabajar el razonamiento crítico, evaluar riesgos potenciales, posibles causas y resoluciones para educar a las mujeres en estado gravidez.

Esta metodología se ajusta perfectamente con la aplicación del proceso de intervención de enfermería en la medicina preventiva en la mujer ya que, permite poner en práctica alternativas de solución a los diferentes problemas, que las personas si lo desean pueden implementarlas en su vida.

8.8 ACCIONES A REALIZAR EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN CIUDADANA-
 “MEDICINA PREVENTIVA EN LA MUJER” AC-MPM.

ACCIÓN	PERIODO
por parte de enfermería	
1. TOMA DE SIGNOLOGIA VITAL -Valoración de las constantes vitales dentro de los parámetros normales, anotar en cartilla de control -Derivar a consulta externa o urgencias pacientes cuyas constantes vitales se encuentren fuera de los rangos normales -informar a las pacientes los signos de alarma por los cuales deban de acudir al servicio para una valoración.	EN CADA CONSULTA A AC-MPM
2. Somatometría completa -peso -talla -IMC -aumento de peso en kg -medición de fondo uterino	EN CADA CONSULTA A AC-MPM
3. Calcular semanas de gestación en base a la fecha de ultima regla	Primer trimestre
4. Calcular fecha probable de parto.	Primer trimestre
5. Promover la alimentación sana, suplementación y ejercicios permitidos de acuerdo con la edad gestacional.	Una vez por trimestre
6. Higiene y descanso	Primer trimestre
7. Mejorar lazos afectivos con la pareja	Una dinámica por trimestre
8. Informar las acciones a realizar durante el trabajo de parto y parto.	Tercer trimestre.
9. Promoción de la lactancia materna	Tercer trimestre

10. cuidados del recién nacido, promoción del parto amigable	Tercer trimestre.
--	-------------------

<p>Enfermedades hipertensivas en el embarazo</p> <p>Datos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zumbido de oídos • vista borrosa • dolor de cabeza • aumento de la presión arterial • Desmayo • perdida de la conciencia • Convulsiones • edema. 	<p>Escribir aquí los signos y síntomas</p>
<p>Inicio de trabajo de parto</p> <p>Signos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor en espalda baja y vientre • Salida de moco, sangre o liquido vía transvaginal • Contracciones seguidas y constantes 	<p>Escribir aquí los signos y síntomas</p>
<p>Somatometría</p> <p>Técnica para toma de peso:</p> <p>1) Verificar que ambas vigas de la palanca se encuentren en cero y la báscula esté bien balanceada.</p> <p>2) Colocar al cliente en el centro de la plataforma. Pararse de frente al medidor, erguido con hombros abajo, los talones juntos y con las puntas separadas.</p> <p>3) Verificar que ambos brazos estén hacia los costados y holgados, sin ejercer presión.</p>	<p>Escribir aquí las cifras obtenidas</p>

<p>4) Checar que la cabeza esté firme y mantenga la vista al frente en un punto fijo.</p> <p>5) Evitar movimiento para evitar oscilaciones en la lectura del peso.</p> <p>6) Desliza la viga de abajo (graduaciones de 20 kg), hacia la derecha aproximando el peso. Si la flecha de la palanca se va hacia abajo, avanzar la viga al número inmediato inferior.</p> <p>7) Deslizar la viga de arriba (graduaciones en kg y 100 gramos) hacia la derecha hasta que la flecha de la palanca quede en cero y no esté oscilando</p>	
<p>Cálculo de semanas de gestación</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sabiendo la Fecha de la Última Menstruación se puede calcular la Edad Gestacional ➤ Usando el calendario obstétrico ➤ Usando la ecografía para correlacionar mensuraciones con Edad Gestacional. ➤ Usando el almanaque para sumar los días desde el primer día de la última menstruación (F.U.M.) hasta el día de hoy (fecha actual) y dividirlos entre 7 días que trae cada semana. <p>Ejemplo: F.U.M. EL 5/Feb/2009, y suponemos que estamos hoy a 14/Octubre/2009, entonces sumamos:</p> <p style="padding-left: 40px;">23 días que quedan de Febrero (de 28 días)</p> <p style="padding-left: 80px;">31 días de marzo</p> <p style="padding-left: 80px;">30 días de abril</p> <p style="padding-left: 80px;">31 días de mayo</p> <p style="padding-left: 80px;">30 días de junio</p>	<p>Resultado del cálculo</p>

<p style="text-align: center;">31 días de julio 31 días de agosto 30 días de septiembre 14 días de octubre</p> <p>Esta suma da: 251 días, y si los dividimos entre 7 días que trae cada semana nos da: 35.8 semanas</p>	
<p>Fecha probable de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Método de los 280 días: la duración estimada de la gestación se calcula con la suma de 280 días naturales a la fecha de inicio de la última regla. ➤ Regla de Wahl: se suman diez días y un año a la fecha de inicio de la última menstruación y se le restan tres meses. ➤ Regla de Pinard: la fecha probable de parto se calcula a partir del día en que finalizó la última menstruación. A esta fecha se le suman diez días y un año y se retrocede tres meses. 	<p>Resultado:</p>
<p>Alimentación sana, suplementación y ejercicios permitidos en el embarazo</p> <p>La encargada del servicio de AC deberá realizar una presentación, informativa, llamativa y realista sobre las acciones o ejercicios permitidas durante el embarazo, deberá investigar sobre los alimentos prohibidos durante el embarazo, cuales debe consumir con frecuencia y cuales deberá de disminuir su consumo, deberá informarse y dar a conocer los beneficios y el tiempo de uso de los suplementos alimenticios como lo son: Ácido fólico, hierro,</p>	<p>Escribir aquí el tema de la ponencia y la fecha en que se realizo</p>

<p>vitaminas y minerales así como promover la higiene y desinfección de los alimentos y el agua.</p>	
<p>Higiene y descanso</p> <p>Presentar tema llamativo para concientizar a la embarazada de cuidar su higiene corporal y dental.</p> <p>Informar la posición adecuada de descanso en el embarazo, concientizar de un descanso reconfortarle y mínimo de 8 hrs.</p>	En cada consulta
<p>Mejorar lazos afectivos con la pareja</p> <p>Programar una dinámica en donde participe la pareja o un familiar cercano.</p>	En cada consulta
<p>Informar las acciones a realizar durante el trabajo de parto y parto.</p> <p>Realizar una plática, video o dinámica que informe sin traumatizar a la paciente, sobre los procedimientos que se realizan durante el parto o la cesárea, haciéndole conocer sus derechos y la manera de mantener la calma en el trabajo de parto. (respiración, posiciones, control del dolor, deambulación y la maniobra de Valsalva).</p>	Tercer trimestre
<p>Promoción de la lactancia materna</p> <p>Informar a la futura madre los beneficios de la lactancia materna, el cuidado de las mamas, las posiciones para amamantar, cada que hacerlo, informar las desventajas de alimentar con biberón y con sustitutos de los sucedáneos de la leche materna.</p>	Tercer trimestre
<p>Cuidados del recién nacido, promoción del parto amigable</p> <p>Platica motivacional sobre los principales cuidados en los primeros días de nacido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de la alimentación del recién nacido • Posiciones de descanso • Datos de alarma • Cuidados del cordón umbilical 	Tercer trimestre

8.9 MUESTREO Y CRITERIOS DE SELECCIÓN

En el hospital de nuestra señora de la salud se seleccionó a un determinado grupo de estudiantes, pasantes y licenciadas tituladas del servicio de enfermería para poner en práctica un estudio de caso, en donde se llevó a cabo una encuesta de opción múltiple la cual valoro el grado de conocimiento de las actividades éticas indispensables para el cuidado perinatal, la realización de las actividades de enfermería encaminadas a un parto amigable, las actividades educativas e informativas, en el embarazo, el parto y el puerperio.

También se realizó una encuesta para las pacientes embarazadas primigestas y multigestas, para evaluar la calidad de la atención por parte del servicio de enfermería, el grado de ayuda y orientación brindada y las dudas que Vivian a la hora del parto y en puerperio.

En base a los resultados se buscó una alternativa que ayudara a la resolución oportuna de las dudas de las madres primigestas y multigestas, se pensó en una estrategia que tuviera como resultado final satisfacer las necesidades de la paciente y al mismo tiempo que las estudiantes, pasantes y licenciadas reforzaran sus conocimientos teóricos y prácticos encaminados al tema.

8.10 PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Los resultados se obtuvieron bajo la aplicación de encuestas, la población del estudio fueron las usuarias que se encontraron en el puerperio inmediato, hospitalizadas en el hospital, la recolección de datos se realizó con 20 usuarias a través de un instrumento que consta de 11 preguntas utilizando una escala de Likert.

Los datos obtenidos se reportaron en graficados e interpretaciones, obteniendo conclusiones contundentes y datos cuantitativos que dan respuesta a las interrogantes no solo de las mujeres en puerperio inmediato, sino también de las encuestas aplicadas a estudiantes, pasantes y tituladas de enfermería.

La relación que hay entre los conocimientos y trato amigable del personal de enfermería que atiende los servicios de gineco-obstetricia y unidad toco quirúrgica y las pacientes obstetras son claros, las pacientes en estado vulnerabilidad, no cuestionan los procedimientos que se van a realizar y muchas de las veces no se le informa de manera clara, la enfermera mucha de las veces olvida promover la lactancia materna e informar sobre datos de alarma por los cuales deben de regresar al hospital después de su alta.

Se obtuvo un numero par para la propuesta de platicas y reuniones para la educación y promoción de la salud perinatal por parte de las pacientes; en cuanto a enfermería, mostro acuerdo en la participación activa de estos talleres.

9.-CONCLUSIÓN

Al concluir el presente trabajo de investigación concluyo en que la satisfacción que las mujeres experimentan durante el lapso del embarazo, parto y puerperio es muy considerable con respecto a la atención que se les brinda, sin embargo, esta atención forma sólo una pequeña parte de aquellas intervenciones que le competen al profesional de enfermería. La atención obstétrica de calidad es un derecho de las mujeres, dicha atención debe ser equitativa, oportuna, resolutive y eficaz

Enfermería no solo cumple con la función de ayudar a la previsión de materiales necesarios para el parto, enfermería funge como pieza importante dentro de la educación, la enfermera deberá disminuir la preocupación de perder el control de esta nueva experiencia, ayudar a controlar los sentimientos de impotencia y frustración, ya que éste proceso es de suma importancia incluso para el vínculo madre-hijo, la enfermera comprometida con la salud de sus pacientes procurara brindar información acerca de los procedimientos a realizar, protegerá la individualidad de la paciente, vislumbrara posibles amenazas y complicaciones, educara, guiará, orientara, resolverá dudas a la paciente y la familia, y promoverá; métodos de planificación familiar durante las consultas prenatales y posterior al

parto, así como también la lactancia materna exclusiva, comunicación eficaz con la familia, higiene personal y de la persona recién nacida, alimentación y evitar riesgos tales como; riesgo de caídas, hemorragias por parto, riesgo de infecciones, deshidratación, aliviara el dolor y el stress, entre muchas otras cosas más.

Una de las luchas mayores de hoy en día es la morbi - mortalidad a nivel nacional, todos los centros de atención en los tres niveles de atención tienen compromiso con la comunidad de brindar atención medica de calidad a cualquier embarazada con emergencia obstétrica, orientar sobre los signos de alarma, conocer el catálogo básico de emergencias obstétricas, apegándose a normatividad y guías de práctica que faciliten el manejo adecuado del embarazo, parto y puerperio.

Dentro los objetivos para la disminución de la mortalidad materna están en la educación y promoción para la salud. Desafortunadamente el sistema médico vigente ha cultivado una lógica colectiva con respecto a la enfermedad que es acudir a una institución de salud cuando ya existe un problema real que pone en riesgo la vida no solo de las mujeres que cursan con embarazo. Me refiero a la comunidad en general.

Si se procurara atender a los pacientes en segundo nivel como si estuviéramos en una consulta bimensual de primer nivel, se lograría una reducción importante de visitas al hospital con riesgos reales y potenciales.

Hago referencia a todos aquellos pacientes hospitalizados ya que la atención de hoy en día en un servicio de salud de segundo o tercer nivel solo se ha limitado al tratamiento y la cura de enfermedades; además de que esta atención requiere un lugar, un espacio y tiempo específico. Este sistema no atiende las necesidades reales o de riesgo que padecen los pacientes. Uno de los principales objetivos de la atención en general debería centrarse en la educación para la salud, la promoción de métodos anticonceptivos, planificación familiar. En comunidades rurales, respetar creencias y formas de vida y atención del parto, sin juzgar y sin caer en la cotidianidad.

Enfermería tiene una responsabilidad muy grande que es promover el parto humanizado y no rutinario. Si bien la carga de trabajo puede interferir en un trato especial y personalizado, se debe de procurar el bienestar de la paciente desde un enfoque del “trato digno”. El trato digno que debe ofrecer el área de enfermería a los pacientes está sustentado en el respeto a los derechos humanos y a las características individuales; a la información completa, veraz, oportuna y susceptible de ser entendida; y la amabilidad por parte del área que oferta el servicio.

En la práctica diaria de la profesión de enfermería no sólo es la ejecución de tareas de función técnica, es más bien un servicio auténticamente humano, de dedicación generosa, de acercamiento personal, de acompañamiento respetuoso y atento; tiene características intrínsecas esenciales como el amor por sí mismo, que deriva de su propia dignidad como ser humano, que facilita como consecuencia el respeto a los demás, debe tener amor a la vida, ser paciente, auténtico, con capacidad para adaptarse a los nuevos cambios, optimista y contar con un pensamiento crítico reflexivo, esto es, que exteriorice sus valores éticos y morales.

Un elemento fundamental en la asistencia de enfermería es la comunicación, la cual debe prevalecer en la relación enfermera-paciente, para favorecer el establecimiento de relaciones interpersonales que coadyuven a la pronta recuperación y bienestar del paciente.

Se puede concluir en el presente trabajo de investigación para obtener el título universitario de la licenciatura de enfermería y obstetricia en qué; la enfermera del siglo XXI experimenta un grado alto de competencia entre los profesionales, pero que claramente los pacientes entrevistados hacen caer en cuenta que muchas de las veces en el campo laboral la mayoría de los profesionales de salud dentro de ellos el personal de enfermería que caen en la cotidianidad, olvidan los sentimientos y los duelos de las personas enfermas y sus familiares, la carga de trabajo y el reducido tiempo hacen que se olvide de otorgar un buen trato, con respeto, humano, amigable, educado, quizás con un gesto o con un saludo cordial.

En la medida en que el personal de enfermería haga suyos los valores elementales del trato digno se le exigirá un compromiso personal y profesional; este personal tiene un papel muy importante en la aplicación de los principios éticos y morales, debido a su contacto tan cercano con los pacientes y a la misión de reconocer la dignidad humana con la que se ha comprometido.

El parto y el puerperio son sucesos de suma importancia para la mujer en edad reproductiva, que marcaran su vida de manera positiva o negativa. Las alumnas de enfermería y obstetricia que interactúan con pacientes pueden observar el trato de las licenciadas en enfermería y aprender de ellas, pero también tienen la responsabilidad de discernir si el trato está siendo adecuado o si la enfermera está olvidando a la madre a reponerse de este suceso con un trato ético y humanístico.

La estudiante de enfermería está en todo su derecho de apoyar a la madre ante las adversidades no solo con aplicación de tratamiento médico y farmacológico, sino acercándola a un retorno de su vida útil lo más pronto posible, educando, informando, dándole acompañamiento y consejería espiritual, entre muchas otras actividades.

El personal de enfermería no debe tener miedo o sentirse avergonzada por tomar la mano de la madre en una contracción, por abrazar a una mujer hospitalizada que cursa puerperio inmediato o mediato y que tuvo una pérdida significativa de un producto óbito, por acercar a Dios, por bautizar a un neonato en la unidad quirúrgica, o bien en la terapia intensiva neonatal.

Y si bien es cierto que la enfermera no solo va a curar con amor y paciencia, debe fundamentarse, adquirir conocimientos en base a su experiencia laboral, pero sobre todo jamás olvidar que no se está exento de estar en una situación de vulnerabilidad, dolor o soledad.

10.-BIBLIOGRAFIA

- Romero, C. (2017). El ritual místico de embarazo y parto en el México prehispánico. *cc HISTORIA*, 4.
- Sanpieri, P. H. (2014). *metodología de la investigación*. Mexico.

- T. Blanco, A. Serrano, R. Suarez. (2012). *UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA*. Obtenido de Uso de oxitocina sintética para inducir el trabajo de parto en pacientes de 15-49 años: repositorio.unan.edu.ni/82/1/93535.pdf
- Alcántara Rojas, Berenice, "Miquizpan. El momento del parto, un momento de muerte. Prácticas alrededor del embarazo y parto entre nahuas y mayas del Posclásicas", *Revista de Estudios Mesoamericanos*, UNAM, Vol. II, Julio-Diciembre 2000.
- De la Torre, Ernesto, "El Nacimiento en el Mundo Prehispánico", *Revista Estudios de Cultura Náhuatl* 34, UNAM, 2003.
- Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México. [en línea] 2001. [citado 3 jun 2009]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/codigo_etica.pdf 16. Piqué E. Mujer y salud, desde una perspectiva de género. *Metas de Enferm* 2003; 6(53): 50-54.
- CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA UN TRABAJO DE PARTO HUMANIZADO NURSING CARE FOR A HUMANIZED CHILDBIRTH
- NOM. Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido
- GPC. Guía de Practica Clínica. Para control prenatal con Enfoque de riesgo. Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-028-08
- Secretaría de Salud (México). Programa Nacional de Salud 2001-2006. Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México: Secretaría de Salud, 2002. [En línea]. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cnalsalud.pdf> [Consultado 04/01/2011].
- Puentes-Rosas E, Ruelas E, Martínez-Monroy T, Garrido-Latorre F. Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. *Salud Pública Méx.* 2005; 47(Sup 1):12-21.

- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2000. [En línea] <http://www.who.int/whr/2000/es/index.html> [Consultado 07/08/2010].
- Hernández-Leyva B, García-Peña C, Anzures Carro R, Orozco López M. Satisfacción de usuarios en unidades de medicina familiar. Rev Med IMSS. 2012; 40(5):373-378.
- Puentes Rosas E, Garrido F. Trato adecuado en México: respuesta a las expectativas no médicas de los usuarios de servicios de salud. Síntesis ejecutiva 5. México: Secretaría de Salud, 2001. Pp. 3-11. [En línea]. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/tratoadecuado.pdf> [Consultado 14/03/2011].
- Serrano-del Rosal R, Loriente-Arín N. La anatomía de la satisfacción del paciente. Salud Pública Mex. 2018;50(2):162-172.
- Secretaría de Salud (México). Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería: Tres indicadores de aplicación hospitalaria. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, 2003. pp. 5-8, 36-43. [En línea] http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/evaluacion.pdf [Consultado 14/03/2011].
- Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Hospitalario 2006. México: Secretaría de Salud, 2006. pp. 90-117. [En línea] <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/ODH2006.pdf> [Consultado 02/08/2010].
- Carrillo-Martínez M, Martínez-Coronado LE, Mendoza-López JR, Sánchez Moreno AD, Yáñez-Torres RD, Rivera-Sáenz RV, Caballero-Escamilla R. Cumplimiento del indicador de calidad trato digno proporcionado por el personal de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2009; 17(3):139-142.
- Rodríguez García P. Estrategias para otorgar un trato digno a paciente y familiar de la sala de UCI. Rev Salud Pública Nutr. 2007;(8) Num Esp. [En línea]. http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2007/ee-08-2007/documentos/investigacion_educativa.htm [Consultado 02/08/2010].

- Aguilar-Luzón MC, Calvo-Salguero A, García- Hita MA. Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en el personal de enfermería. *Salud Pública Mex.* 2007;49: 401-407. [En línea] <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49n6/a06v49n6.pdf> [Consultado 17/06/2010].
- Segura Granados KI, Miranda García CM. Percepción de la calidad del cuidado que percibe el adulto por profesional de enfermería. *Revista electrónica de investigación en enfermería FESI-UNAM.* 2012 Agosto;
- García Gutierrez C, Cortés Escarcéga I. Percepción del usuario del trato digno por enfermería del Estado de México. *Revista CONAMED.* 2012 Enero - Marzo; 17(1). 3. Puebla Viera DC, Ramírez Gutierrez A, Ramos Pichardo P, Moreno Gómez MT.
- Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro social.* 2009; 17(2). 4. Barragán JA, Moreno Mojica CM. Calidad Percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. *Enfermería Global.* 2013 Enero; 12(1). 5. De la Fuente Maldonado VM, Omaña Martínez V, Campos Castolo M, Zavala Suárez E.
- Anderson A. S. and M. J. Whichelow. Constipation during pregnancy: dietary fibre intake and the effect of fibre supplementation. *Hum Nutr Appl Nutr* 39 (3):202-207, 1985. Anonymous. A randomised controlled trial of Doppler ultrasound velocimetry of the umbilical artery in low risk pregnancies. Doppler French Study Group. *Br J Obstet Gynaecol* 104 (4):419-424, 1997.
- Anonymous. ACOG Committee Opinion No. 343: psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. *Obstet Gynecol* 108 (2):469-477, 2006. Anonymous. ACOG Committee Opinion No. 443: Air travel during pregnancy. *Obstet Gynecol* 114 (4):954, 2009. Anonymous. ACOG Committee Opinion No. 495: Vitamin D: Screening and supplementation during pregnancy. *Obstet Gynecol* 118 (1):197-198, 2011.
- Anonymous. ACOG Committee Opinion No. 518: Intimate partner violence. *Obstet Gynecol* 119 (2 Pt 1):412-417, 2012. Anonymous. ACOG Practice

- Bulletin No. 77: screening for fetal chromosomal abnormalities. *Obstet Gynecol* 109 (1):217-227, 2007. Anonymous. ACOG practice bulletin.
- Perinatal viral and parasitic infections. Number 20, September 2000. (Replaces educational bulletin number 177, February 1993). American College of Obstetrics and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet* 76 (1):95-107, 2002. Anonymous. Committee opinion no. 453: Screening for depression during and after pregnancy.
 - *Obstet Gynecol* 115 (2 Pt 1):394-395, 2010. Anonymous. Committee opinion no. 453: Screening for depression during and after pregnancy. *Obstet Gynecol* 115 (2 Pt 1):394-395, 2010. Anonymous.
 - Multicentric study of efficacy of periconceptional folic acid containing vitamin supplementation in prevention of open neural tube defects from India. *Indian J Med Res* 112:206-211, 2013. Anonymous. Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. MRC Vitamin Study Research Group.
 - *Lancet* 338 (8760):131-137, 1991. Anonymous. Prevention of varicella: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep* 45 (RR-11):1-36, 1996. Anonymous.
 - Revised ACIP recommendation for avoiding pregnancy after receiving a rubella-containing vaccine. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 50 (49):1117, 2014. Anonymous. Rubella (German measles) in pregnancy. *Paediatr Child Health* 12 (9):798-802, 2007. Anonymous. Updated recommendations for use of tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid and acellular pertussis vaccine (Tdap) in pregnant women.
 - Barrientos-Montero MJ, et al GUÍA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO EN ATENCIÓN PRIMARIA. Miembros del Grupo de trabajo de control y seguimiento del embarazo en Atención Primaria de la SCLMFyC.
 - Ación-Álvarez P., et al. Control básico del embarazo. manual para profesores sanitarios. Dirección General para la Salud Pública. Servicio de Salud Infantil y de la Mujer.

- Andrade Sampaio Álda, Vasconcelos Silva Ângela Regina de, Rejane Ferreira Moura Escolástica. Atención Humanizada Del Parto De Adolescentes: ¿Norma, Deseo O Realidad?. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2008 [citado 2016 Oct 31]; 73(3): 185-191. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300008&lng=es. [/dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300008](https://doi.org/10.4067/S0717-75262008000300008).
- Ramos Silvina, Romero Mariana, Ortiz Zulma, Brizuela Vanessa. Maternidad Segura y Centrada en la Familia: La Cultura Organizacional de Maternidades de La Provincia de Buenos Aires. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2015 Dic [citado 2016 Oct 31]; 113(6): 510-518. Disponible en: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752015000600010&lng=es. - [dx.doi.org/10.5546/aap.2015.510](https://doi.org/10.5546/aap.2015.510).
- Larguía, A. Miguel, et al. Maternidad Segura y Centrada en la Familia (Mscf) con Enfoque Intercultural: Conceptualización e Implementación del Modelo. UNICEF Argentina, [internet]. 2012 [citado 2016 Oct 31]. Disponible en: www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

- Infojusnoticias: Decreto 2035/2015 [internet]. Bs As: 24/09/2015 [citado 2016 Oct 31]. Disponible en: www.infojusnoticias.gov.ar/upload_archivos/10026_100091_dec20352015.pdf
- Gallardo, Amanda Isabel. “Responsabilidad de la Enfermera en Situaciones de Limitación de Tratamiento.” Medwave 10.11 [internet]. (2010) [citado 2016 Oct 31]. Disponible en: www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/Ensayo/4802?tab=metrica.
- Olarte Claudia Ariza. Solutions, Humanization. “Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria.”. [internet]. 2011 [citado 2016 Oct 31]. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2012/eu121f.pdf
- Ibarra, Rosa Coral. “Humanización del cuidado de enfermería durante el parto humanization in the infirmary’s care take during childbirth.” scielo.org.co

- [internet].[citado 2016 Oct 30]. Disponible en: [www.scielo.org.co/pdf/rudca/v11n1/v11n1a078-8-Ibarra, RosaCoral](http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v11n1/v11n1a078-8-Ibarra_RosaCoral).
- Humanización del cuidado de enfermería durante el parto humanization in the infirmery's care Notas de Enfermería 15 take during childbirth. [internet].[citado 2016 Oct 31]. Disponible en: [www.scielo.org.co/pdf/rudca/v11n1/v11n1a079-9-Carraro, Telma Elisa, et al](http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v11n1/v11n1a079-9-Carraro_TelmaElisa_et_al).
 - “El papel del equipo de salud en el cuidado y confort durante el parto y el parto:. Opinión de las madres” Contexto Enferm Texto 17.3 [internet].(2008): 502-9.[citado 2016 Oct 31]. Disponible en: www.researchgate.net/profile/Roxana_Knobel/publication/26602823_O_papel_da_equipe_de_sade_no_cuidado_e_conforto_no_trabalho_de_parto_e_parto_opinio_de_purperas/links/00463530a9c07bd810000000.pdf
 - Morhason bello, imran o., et al. “assessment of the effect of psychosocial support during childbirth in ibadan, south west nigeria: a randomised controlled trial.” *australian and new zealand journal of Obstetrics and Gynaecology* 49.2 [internet]. (2009): 145-150. [citado 2016 Oct 31]. Disponible en: onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1479-828X.2009.00983.x/full
 - Andrade Sampaio Ácida, Vasconcelos Silva Ângela Regina de, Rejane Ferreira Moura Escolástica.
 - Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad?. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2008 [citado 2016 Oct 31]; 73(3): 185-191. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300008>.
 - Odent M. *Birth and Breastfeeding: Rediscovering the Needs of Women During Pregnancy and Childbirth*. USA: Clairview Books; 2008.
 - Richard L, Alade M. Effect of Delivery romm routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990-2017;(336):1105-1107.
 - Berman N. Restoring the Original Paradigm for Infant Care and Breastfeeding. *Leaven Care and Breastfeeding*. Leaven 2015;(37):106-107.

- Kroeger M. Impact of Birthing Practices on Breastfeeding. M.A. USA: Jones and Baartlett Publishers; 2014.
- Di Girolamo A, Grimmer-Strawn I, Fein S. Maternity Care Practices: Implication for Breastfeeding. *Birth* 2001;28(2):94-100.
- Wright A, Rice S, Well S. Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. *Pediatrics* 1996-2016;(97):669-675.
- Albani A, Addamo P, et al. The effect on breastfeeding rate of regional anesthesia technique for cesarean and vaginal childbirth. *Minerva Anestesiol* 1999-2015;(65):625-30.
- Chaparro CM, Neufeld LM, Tena G, Eguia L, Cedillo R, Dewey KG. Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial. *Lancet* 2016;(367):1997–2004.
- Andersson O, Hellström-Westas L, Andersson D, Domellöf M. Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. *BMJ* 2011 nov 15;(343):d7157. doi: 10.1136/bmj.d7157.
- McDonald SJ, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 2016;(2):CD004074.
- Bealer SL, Crowley WR. Stimulation of central and systemic oxytocin release by histamine in the paraventricular hypothalamic nucleus: evidence for an interaction with norepinephrine. *Endocrinology* 1999 Mar;140(3):1158-64.
- Knigge U, Willems E, Kjaer A, Jørgensen H, Warberg J. Histaminergic and catecholaminergic interactions in the central regulation of vasopressin and oxytocin secretion. *Endocrinology* 1999-2014 Aug;140(8):3713-9.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Revisión Cochrane en: La Biblioteca Cochrane*, February 16, 2015.
- Smid M, Campero L, Cragin L, Hernandez D, Walker D. Bringing two worlds together: Exploring the integration of traditional midwives as doulas in

Mexican public hospitals. *Health Care for Women International* 2017;31(6):475– 498.

- Hernández C, Val VA, Murphy M, Busquets PC, Sans JC. Relation between positive and negative maternal emotional states and obstetrical outcomes. Source.
- Department of Psychology, Research Center for Behavioural Assessment, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Spain, 2015
- Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Dec 7;(12):CD009514.
- Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Oct 18;(4):CD003521.
- Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.
- Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, 2017. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2017 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Anderson GC, Moor E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants [review]. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(2):CD003519.
- Andrade Sampaio Álda, Vasconcelos Silva Ângela Regina de, Rejane Ferreira Moura Escolástica. Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad?. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2008 [citado 2016 Oct 31]; 73(3): 185-191. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300008>.

- Castañeda, E. “la enfermera y la humanización de la atención a la salud.” hacia una medicina más humana. Ed. Médica Panamericana.(Bogotá) [internet]. (2018): 57-59.
- Martha Patricia Becerra, Javier Bula, Luz Mireya Castañeda, Paula Andrea Castañeda, Nubia Castiblanco, Rosiris Cogollo Mestra., et al. “Guía De Cuidado De Enfermería A La Familia Gestante Durante El Trabajo De Parto Y El Parto”. EBE [internet]. [citado 2016 Oct 31] ; Disponible en: www.saludcapital.gov.co/DDS/Guas%20de%20cuidado%20de%20enfermera/Guia%20Sala%20de%20partos.pdf
- Arango, Fernando, Joaquín Guillermo Gómez, and John Jairo Zuleta. “Uso De Practicas Clinicas Durante El Embarazo, Parto, Puerperio Y Recien Nacido, En Hospitales Publicos De Manizales-- Colombia, 2015.”
- Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 56.4 [internet] (2005): 271-281. Disponible en: go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA169473482&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=fulltext&issn=00347434&p=AONE&sw=w 16- Ibarra, Rosa Coral. “humanización del cuidado de enfermería durante el parto humanization in the infirmary’s care take during childbirth.” scielo.org.co [internet]. [citado 2016 Oct 31]. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rudca/v11n1/v11n1a07

11.- GLOSARIO

A.-

AMNIOTOMIA: Acto de romper artificialmente de membranas o la bolsa que recubre al feto.

APV: Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida

AFASPE: Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados

B.-

BORRAMIENTO: Es la reducción gradual de espesor del cérvix y se valora por medio del tacto vaginal de 0 a 100%

D.-

DCP: desproporción céfalo pelviana

DGE: Dirección General de Epidemiología

DILATACION: Es la abertura gradual del cérvix durante el trabajo de parto y se mide en cm de 1 a 10, por medio del tacto vaginal.

DUAL: Que tiene o reúne en sí dos caracteres o fenómenos distintos

E.-

ESTADIO: Etapa o fase de un proceso, desarrollo o transformación

F.-

FLASOG: Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología

H.-

HNSS: Hospital de Nuestra Señora de la Salud

I.-

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

M.-

MULTIGESTA: Dos o más antecedentes de embarazos

MULTIPARA: Dos o más partos anteriores

MME: Morbilidad Materna Extrema

MORBILIDAD: Es la cuantía de personas que están enferman en un sitio y tiempo determinado

MORTALIDAD: Proporción de personas que mueren respecto al total de la población medida en un tanto por mil.

N.-

NULIPARA: Cuando la mujer no ha tenido partos

O.-

ODM: Objetivos del milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMM: Observatorio de Mortalidad Materna

P.-

PRIMIGESTA: Primer embarazo o gestación

PUERPERIO: Es el período que se extiende desde el nacimiento del feto y la expulsión de la placenta y sus membranas, hasta la regresión total de las modificaciones anatómicas.

PAE SMP: El Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal

PROSESA: Plan Nacional de Desarrollo y Programa Sectorial de Salud

POLIHIDRAMNIOS: Presencia excesiva de líquido amniótico

R.-

RMM: Razón de muerte materna

RPM: Ruptura prematura de membranas, es un trastorno que se produce en el embarazo cuando el saco amniótico se rompe antes del inicio de trabajo de parto

S.-

SSA: Secretaria de Salud

SESA: Servicios Estatales de Salud

SDG: Referente a las semanas de gestación que cursa el proceso de embarazo.

T.-

TIZATL: Tierra blanca que sirve como barniz

TVP: trombosis venosa profunda

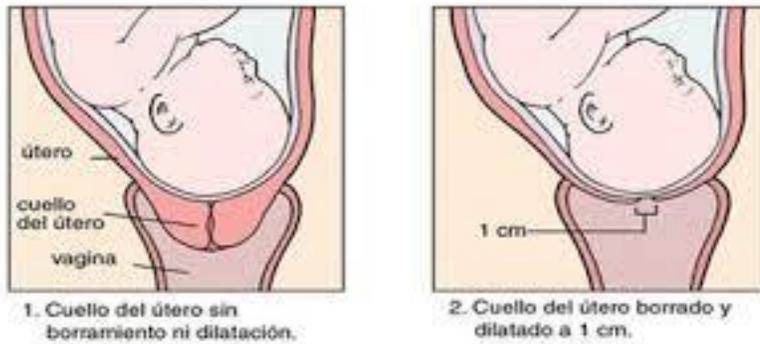
V.-

VACUMM: O conocida como ventosa obstétrica es un instrumento que utiliza el médico en la fase de expulsión durante el parto.

12.- ANEXOS

Imágenes ilustrativas 5.4 correspondientes al tema de valoración inicial del trabajo de parto.

Borramiento: Significa que el cuello uterino se estira y se vuelve más delgado.



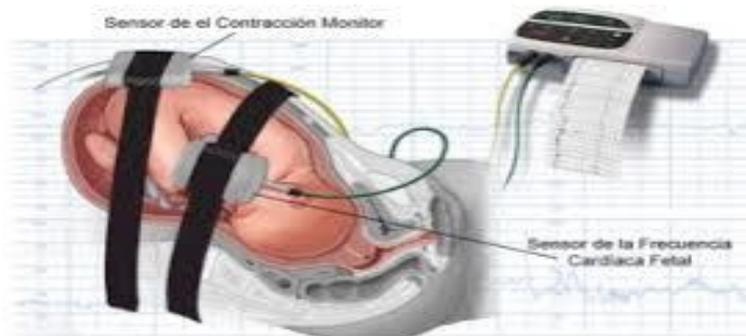
Tapón moco: secreción gelatinosa teñida de sangre, que está colocado en el cuello del útero. Sirve de barrera ente la cavidad uterina y la vagina.



Dilatación significa que el cuello uterino se abre. A medida que se acerca el trabajo de parto.

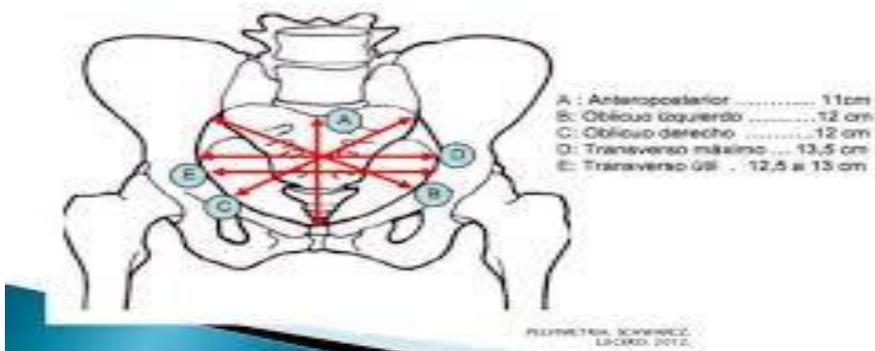


Toco dinamómetro: Este dispositivo mide la fuerza relativa, la velocidad, y la duración de las contracciones uterinas. Esto es básicamente un transductor de presión estilo anular que está atado al abdomen materno mediante un cinturón que mantiene el contacto continuo apretado con el abdomen.

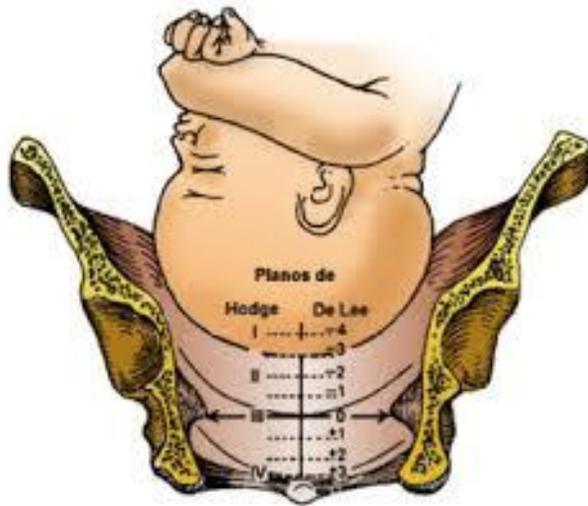


Pelvimetria: medición de los diámetros pélvicos y determinación de la morfología del canal del parto Diccionario ilustrado de Términos Médicos

ESTRECHO SUPERIOR



Encajamiento: es el descenso de la cabeza del bebé a la cavidad pélvica.



Imágenes ilustrativas y complementarias del tema 5.5



Ruptura artificial de membranas con amiotomo.



Es la rotura del saco amniótico antes de que comience el trabajo de parto. El saco contiene líquido amniótico y al bebé en desarrollo. Con la RPM, el líquido amniótico dentro del saco pierde o sale en grandes cantidades por la vagina. Esto también se conoce como “romper fuente”.