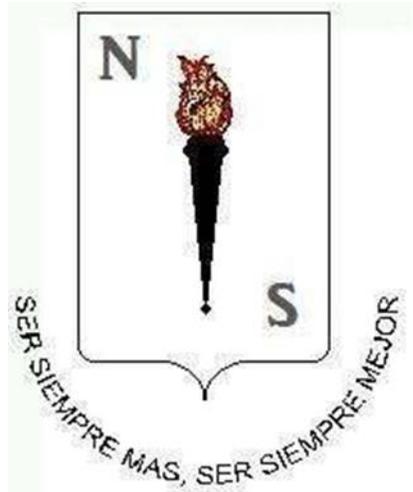


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS:

PARTO HUMANIZADO Y LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA VISIÓN DE
AINOA BIURRUN GARRIDO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
MARTINEZ ALMANZA MARISOL

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA ELVA CORTÉS RANGEL

MORELIA, MICHOACÁN 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicada:

Para Angelina Almanza Chávez mi mami, quien siempre ha contribuido con su amor y apoyo durante mi formación, para J.Jesús Martínez Orozco mi papi quien falleció durante el transcurso de mi carrera, gracias hasta el cielo papi te amo y estaré eternamente agradecida por el empeño que siempre pusiste en mí, por tí y para ti.

Agradecimientos:

Tengo tanto que agradecer a muchas personas que no se ni por dónde iniciar

En primer lugar a mis padres la cual ha sido una lucha constante por parte de ambos mi papi Jesús, que hasta el último momento de su vida nunca dejo de apoyarme, mi mami Angelina quien siempre ha tenido amor y apoyo para brindarme, gracias a ambos por todo su esfuerzo y dedicación por incontables días de trabajo.

Gracias para mi segunda madre Angelina Chávez Escutia, quien con regaños y consejos me ha guiado a ser mejor persona y no deja de creer en mí.

Gracias para el resto de mi familia, tía toña mi hermana para mi papá Mauricio que sé que junto con mi papá Jesús desde el cielo sé que estarán felices y orgullosos, gracias a cada uno de los integrantes de mi familia, quienes durante toda mi carrera estuvieron pendientes de mi, así como dando ánimos y buenos deseos.

Agradecida con Dios y con la vida por poner en mí camino una persona buena y comprensible, gracias Iván, gracias por llegar.

Agradezco a cada uno de mis profesores, doctores que impartieron su conocimiento para aprender y enseñarme lo que hasta ahora aprendí.

Gracias para mi escuela de enfermería de nuestra señora de la salud por recibirme y así poder adquirir mi formación como enfermera, gracias a todos mis pacientes y futuros pacientes a quienes siempre daré la mejor atención basada en conocimiento.

Contenido

1.- Introducción.....	6
2.- Marco Teórico	9
2.1-Vida y Obra	9
2.2 Influencias.....	11
2.3 Hipótesis	12
2.4 Justificación.....	12
2.5 Planteamiento del problema	13
2.6 Objetivos	14
2.6.1 General	14
2.6.2 Específicos	14
2.7 Métodos.....	14
2.7.1 Método científico.....	14
2.7.2 Método inductivo.....	15
2.7.3 Método Deductivo.....	15
2.7.4 Método Mayéutico	15
2.8 Variables	16
2.9 Encuesta y Resultados.....	16
2.2 Graficado	18
3.- Generalidades.....	24
3.1 Concepto.....	24
3.2 Violencia Psicológica	27
3.3 Violencia Estructural.....	28
3.4 Esterilización Forzada.....	29
3.5 Episiotomía.....	30
3.6 Clasificación de laceraciones vaginales.....	35
3.7 Maniobra de Kristeller	36
3.8 Derechos en riesgo durante la atención al parto.....	38
4.- Atención centrada en la mujer en estado grávido.....	39
4.1.-Autonomía y vulnerabilidad: La importancia de los vínculos.	39
4.2 La declaración de fortaleza	41
4.3 Parto humanizado	45
4.4 El apoyo psicoemocional durante todo el trabajo de parto	48
4.5 La posada de nacimiento.....	49
4.6 Práctica clínica basada en la evidencia científica	52
4.7 Control en el trabajo de parto	54
4.8 El manejo del dolor durante el trabajo de parto.....	55
4.9 El acompañamiento en el trabajo de parto.....	59
5.Satisfacción de las mujeres en relación a la atención recibida.	60
5.1.- Satisfacción en la asistencia hospitalaria.	60
5.2 Satisfacción en la asistencia al parto	61
5.3.- Por un embarazo saludable	64
5.4 Respeto del principio de autonomía del paciente	66
5.5 Del paternalismo a la autonomía de la usuaria.....	68
5.6 El plan de parto o nacimiento	70

5.7	Importancia del entorno físico en la atención sanitaria del trabajo de parto	73
5.8	Prácticas clínicas no recomendadas durante el parto	75
5.9	Humanización del trabajo de parto	77
6.-	Tecnología y medicalización de los cuidados durante el trabajo de parto	80
6.1	Intervenciones en el parto	80
6.2	Medicalización rutinaria del parto	81
6.3	Parto con fórceps	82
6.4	Epidural	83
6.5	Oxitocina para la inducción del trabajo de parto	85
6.6	La amniocentesis para la inducción del trabajo de parto	87
6.7	Primeras intervenciones, enema, rasurado, monitorización	90
6.8	Evaluación del cérvix	92
7.	Marco Legal	95
7.1	Constitución Política de los Estados Unidos mexicanos	95
7.2	Tratados Internacionales	96
7.3	Soft Law	99
7.4	Ley General de Salud	100
7.5	NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA	103
7.6	Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia para Operación Cesárea	110
7.7	Guía de Práctica Clínica uso racional de la episiotomía	114
7.8	VIGILANCIA Y ATENCIÓN AMIGABLE EN EL TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO	119
7.9	Declaración de la OMS	124
8.	Cuidados e Intervenciones de Enfermería en la Violencia Obstétrica	128
8.1	cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva	128
8.2	Intervenciones de enfermería en el control prenatal	132
8.3	Cuidados de enfermería en el primer trimestre de embarazo	141
8.4	Cuidados de enfermería en segundo trimestre de embarazo	145
8.5	cuidados de enfermería en el tercer trimestre de embarazo	148
8.6	Cuidados de enfermería en el puerperio	150
8.7	Intervenciones de enfermería en el durante el trabajo de parto	152
8.8	Cuidados de enfermería en la lactancia materna	158
8.9	Intervenciones de enfermería en la planificación familiar	160
9.	Conclusión	162
10.	Bibliografías	166
10.1	Básica	166
10.2	Complementaria	169
10.3	Electrónica	172
11.	Glosario	174

1.- Introducción

La violencia obstétrica se define como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.

Es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud públicos y privados, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género

Esta situación implica un problema de salud pública y derechos humanos, El maltrato, negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos, descrito en las normas y los principios internacionales de derechos humanos.

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

A pesar de la evidencia que sugiere que es frecuente lo antedicho, no existe en la actualidad un consenso internacional sobre cómo definir y medir científicamente el maltrato y la falta de respeto.

Para lograr un alto nivel de atención respetuosa en el parto, los sistemas de salud deben organizarse y conducirse de tal manera que se garantice el respeto de los

derechos humanos.

A pesar de que muchos gobiernos, asociaciones médicas, organizaciones de la sociedad civil y comunidades de todo el mundo advirtieron la necesidad de tratar el problema, todavía no se han tomado acciones concretas con respecto a este problema.

Con la evolución de la medicina moderna, la etapa de la maternidad en las mujeres se ha visto relegada cada vez con más fuerza al criterio y rigor médico-científico, sin embargo y debido al desarrollo y tecnificación de la medicina, la experiencia individualizada del momento del parto, es objeto de un giro radical desde mediados del siglo diecinueve, ya que emplazan a la parturienta a un lugar de subordinación en relación con los profesionales de la salud encargados, ahora, de dirigir este momento.

El proceso de la maternidad sufre una transformación con el traspaso de la experiencia de las mujeres en un ámbito privado, el hogar, a los centros sanitarios, asistidas por profesionales, en muchas ocasiones, extraños y un ideal de asepsia que se opone a la idea del acompañamiento de la mujer durante el proceso.

El progreso de la medicina ha conllevado evidentes e indudables beneficios que se han visto reflejados en una disminución en la mortalidad materno-infantil, pero en esta expansión ha implicado, en cierta manera, un control sobre la mujer embarazada. La medicina basada en la evidencia, ha puesto de manifiesto que la adopción de toda una serie de intervenciones que se han revelado inútiles, inoportunas, inapropiadas y/o innecesarias, ha constituido un grave error en el que se ha incurrido al tratar de mejorar los servicios de maternidad.

Es preciso tener presente que toda mujer embarazada posee el derecho a la información, así como la libertad para que la toma de decisiones sea libres e informadas, en relación a su salud tal y como queda detallado en el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos humanos.

La transgresión de este derecho hace que el ya obsoleto paternalismo médico se manifieste en su mayor expresión. Es evidente que muchas veces a las pacientes se les realizan prácticas sin que haya una previa consulta y sin llegar a ofrecerles la suficiente y necesaria información sobre las implicaciones que comportan las mismas. En consecuencia, lo que se hace es anular toda posibilidad de las mujeres de tomar decisiones sobre su salud sexual y

reproductiva.

En el momento actual, son frecuentes las controversias que la propia sociedad se plantea acerca del modo en que nacemos, y para ello las enfermeras especialistas en ginecología, conocidas clásicamente como matronas tratan de desempeñar su actividad profesional, constituyéndose en las encargadas principales de este proceso asistencial.

Con la institucionalización de los servicios, los avances científicos y tecnológicos, la gran demanda de los servicios y los recursos insuficientes para la atención, así como por patrones culturales machistas fuertemente arraigados, el cuidado de la mujer en los servicios de salud ha sido objeto de insatisfacción.

El personal sanitario saturado de trabajo, formado bajo un ambiente autoritario intenta sobreponer su saber contra el sentir de las mujeres. Las mujeres que esperan que sea el día más feliz de su vida, se encuentran con tratos deshumanizados y procedimientos sobre los que no se les explica ni se les pide su consentimiento. Dos partes en relación de desigualdad se enfrentan.

La relación de desigualdad se manifiesta porque el personal de salud, respaldado por las instituciones públicas y privadas es el que decide sobre los procedimientos a realizar en el cuerpo de las mujeres, sobre las necesidades y deseos de las mismas, obstaculizando el ejercicio de sus derechos humanos.

A partir de la década de los setenta se empezó a visibilizar la violencia contra las mujeres en la atención de la salud reproductiva, conocida ahora como violencia obstétrica.

Hoy en día se sabe que sería peligroso atribuir la violencia a una sola causa debido a su complejidad y a la interacción de diversos factores tanto individual y social, es por ello que en los últimos años se ha adoptado un modelo ecológico que permita tratar de comprender la naturaleza de la violencia.

La violencia obstétrica se ha vuelto una práctica normal en las salas de parto tan común para las mujeres que tienden a pasarla desapercibida, quizá muchas jamás lleguen a saber que fueron víctimas, ni a conocer las secuelas que dejó en ellas, hasta que vuelvan a travesar por el mismo proceso o en los casos más graves cuando por alguna razón algo salió mal en el parto y tienen que proceder por la vía legal.

Actualmente la violencia obstétrica es un problema presente en nuestro país y continúa pasando desapercibida en los servicios de salud públicos y privados, a

pesar de que se estableció en el marco legal de diversos estados de la república, así como en discusión para la formación y practicas gineco obstétricas.

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

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

Esta es una violación de la confianza entre las mujeres y los profesionales de salud que los atienden y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que busquen asistencia materna y utilizan estos servicios si bien es posible, que durante el parto y el puerperio se trate a las mujeres de manera irrespetuosa y ofensivas, y que tener consecuencias adversas directas al binomio.

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

2.- Marco Teórico

2.1-Vida y Obra

Ainoa Biurrun es enfermera obstétrico-ginecológica (matrona) por la Universidad de Barcelona desde 2011. Actualmente trabaja como matrona asistencial en sala de partos y como matrona de atención primaria en el Hospital del Mar de Barcelona. En 2012 inicia los estudios de doctorado en Ciencias Enfermeras y sus principales temas de interés son la humanización del trabajo de parto y el

cuidado de la mujer.

FORMACIÓN ACADÉMICA

- Máster Universitario en Bioética (Institut Borja Bioètica), cursando.
- Doctora en Ciencias de la Enfermería por la Universitat de Barcelona, 2017.
- Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), 2011.
- Diplomada en Enfermería por la Universitat de Barcelona, 2008.

CARGOS INSTITUCIONALES

- Profesora titular del Campus Docent Sant Joan de Déu

INTERÉS POR LA INVESTIGACIÓN

En temas de ética, la salud sexual y reproductiva, y en las curas durante la gestación y el trabajo del parto.

Tipo docencia:

- Grado en Enfermería:
- Fisiopatología,
- Enfermería Clínica I,
- Enfermería Clínica II, EsOtdas Clínicas II,
- Enfermería Sexual y Reproductiva,
- Trabajo de Fin de Grado.
- Colaboración como tutora de Trabajo Fin de Máster Atención emocional al niño hospitalizado según el modelo Child Life. Colaboración en TCAI.

Obras publicadas:

- El concepto violencia obstétrica y el debate actual sobre la atención al nacimiento
- Bioética del cuidar

- ¿Qué significa humanizar la asistencia?

- La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto.

2.2 Influencias

realizar la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica en la Unidad Docente de Matronas del Campus de Bellvitge, me permitió conocer profesoras que avivaron en mí el interés en la investigación en este campo, como la Dra. Josefina Governad.

La Dra. Josefina Goberna, me propuso desarrollarla dentro del proyecto de investigación FEM2012-33067, "Maternidad, Tecnología y Relación Asistencial. Por enseñarme qué es la investigación, por transmitirme y compartir su indudable saber y conocimiento en la materia, por su seguimiento continuo y orientación en este largo camino, por su paciencia y dedicación en esas innumerables revisiones de mis trabajos, por tener siempre su teléfono disponible y su puerta del despacho abierta cuando lo he necesitado... Incluso brindándome su apoyo incondicional en los momentos más difíciles de mi vida. Me siento muy afortunada de haber podido aprender de ella, y estoy segura que seguiré haciéndolo. Agradezco profundamente la confianza que ha depositado en mí durante todos estos años abriéndome las puertas de la investigación y la docencia

Dra. Juana Gómez y Dra. Maite Barrios por su apoyo, seguimiento y consejos durante estos años.

Las mujeres que he atendido, a las que atiendo y a las que espero atender durante mi jornada asistencial, el permitirle hacerlo, porque me hacen ver la vida de otra manera y me permiten encontrar el sentido de mis días.

2.3 Hipótesis

Es importante que las mujeres en estado grávido conozcan las causas que generan la violencia obstétrica que se derivan de un problema de perspectiva de género y falta de información de la población sobre lo que son sus derechos como pacientes, por lo que la uniformidad de la legislación y la implementación de políticas públicas traería como consecuencia la solución para su disminución de la violencia obstétrica.

2.4 Justificación

Teniendo claridad sobre la relevancia internacional, regional y local, el desarrollo conceptual que ha experimentado el tema desde diferentes enfoques y autores, así mismo, la importancia que representa la violencia obstétrica en la atención de las mujeres durante el proceso de parto.

La identificación de problemáticas como la presencia de acciones o actitudes caracterizadas como formas de violencia, puede conducir a procesos de reflexión y mejoramiento de la atención, con un beneficio directo a las mujeres ya la calidad de los servicios ofrecidos desde la institucionalidad, en la cual intervienen las diferentes profesiones de la salud. También, se busca una mayor visibilización de este fenómeno desde la profesión de enfermería para generar un creciente interés por crear nuevo conocimiento y posiblemente, concebir una línea de cuidado a partir de la responsabilidad y compromiso del cuidado humanizado en este ámbito concreto. El tema de la violencia obstétrica durante el parto resulta significativo para los investigadores como futuros profesionales de enfermería pues consideramos importante resaltar la responsabilidad de propagar cambios en algunas prácticas inadecuadas que pueden repercutir de manera significativa en la vida y salud de las personas.

Por tanto, esta investigación surgió a partir de una pregunta de tipo académico que ha sido estudiado en diferentes momentos de la carrera y de una motivación personal de conocer la percepción de cuidado de las mujeres en proceso de parto, para finalmente, empoderarlas desde este suceso trascendental en sus vidas.

2.5 Planteamiento del problema

La asistencia al parto, pese a tratarse de un proceso fisiológico, siempre ha precisado de cuidados y atenciones, No obstante, la aplicación de los conocimientos derivados de los avances tecnológicos, ha cambiado la forma de vida en la sociedad. Actualmente el uso de la tecnología es fundamental en todas las disciplinas y cobra una especial relevancia en las prácticas sanitarias. Resulta evidente, para las personas que trabajan en el ámbito de salud, que la atención tiende a estar cada vez más tecnificada. Asimismo, cabe destacar que, el uso de la tecnología en las ciencias de la salud ha permitido una mejora en el nivel de vida de los individuos. Sin embargo, en los últimos tiempos se ha asociado la tecnificación de la atención hospitalaria y, en especial, el uso de la tecnología en la asistencia al parto, con la deshumanización de los cuidados.

Las últimas tecnologías ponen al alcance del paciente, usuario o cliente, los medios más sofisticados para garantizarle todos los cuidados que necesita, no obstante, y paradójicamente según afirman algunos autores reconocidos en la materia, el uso de esa tecnología cada vez más compleja, acaba alejando a los usuarios de la atención y trato humanizado. Según algunos expertos, adquirir los conocimientos necesarios y dominar técnicas sanitarias provoca que, en numerosas ocasiones, los profesionales de la salud adquieran actitudes que no contemplan las necesidades de sus clientes, lo que puede producir insatisfacción por parte de éstos.

Se ha observado que uno de los principales aspectos que influyen en la humanización de la atención sanitaria, es la información y la comunicación que se establece entre los profesionales y los usuarios del sistema de salud. Sin embargo, proporcionar información y establecer una comunicación con el usuario, no es suficiente para poder llegar a humanizar la atención. Existe la falsa creencia de que el simple hecho de proveer información equivale a ofrecerle participación en las decisiones, pero realmente no es así. Para que la información sea considerada herramienta de ayuda en la toma de decisiones, ésta debe estar basada en evidencias documentadas acerca de la efectividad, beneficios y riesgos de las opciones que se les están ofreciendo a la persona informada.

A los individuos o usuarios del sistema de salud, se les debe garantizar información concreta, veraz, procurando a su vez el establecimiento de una comunicación en la que se promueva el diálogo y la escucha activa. De ese modo, se consigue que la asistencia se centre en la persona, y que ésta sea evaluada de forma individual y en su globalidad.

De igual manera y paralelamente a los avances que se producen en el ámbito de la atención a la salud, se observa que persiste una preocupación que comparten tanto los profesionales sanitarios como los gestores y los usuarios. Esta inquietud, consiste en intentar humanizar los servicios sanitarios. Con este propósito, algunos países y organismos estatales, han planteado diversas normativas, documentos, estrategias, guías y protocolos de asistencia clínica en los diferentes hospitales o áreas de salud.

2.6 Objetivos

2.6.1 General

- Conocer los factores que intervienen en este tipo de violencia, las formas de manifestarse, las personas que la ejercen y el nivel de conocimiento de los/as profesionales y las pacientes en relación con la temática de estudio
- Determinar el nivel de conocimiento de las pacientes y profesionales sobre la Violencia Obstétrica.
- Analizar qué tipos de violencia obstétrica existen en pacientes atendidas en hospitales públicos y su relación con la situación de género

2.6.2 Específicos

- Identificar a través de la narrativa de las mujeres, con una gestación de bajo y medio riesgo, los elementos que contribuyen a una percepción de atención humanizada y satisfactoria del parto
- Conocer la experiencia de las mujeres en relación a la toma de decisiones informadas durante la atención al parto.

2.7 Métodos

2.7.1 Método científico

Al hablar del método científico es referirse a la ciencia (básica y aplicada) como un conjunto de pensamientos universales y necesarios, y que en función de esto surgen algunas cualidades importantes, como la de que está constituida por leyes universales que conforman un conocimiento sistemático de la realidad.

El método científico es el procedimiento planteado que se sigue en la investigación para descubrir las formas de existencia de los procesos objetivos, para desentrañar sus conexiones internas y externas, para generalizar y profundizar los conocimientos así adquiridos, para llegar a demostrarlos con rigor racional y para comprobarlos en el experimento y con las técnicas de su aplicación.

2.7.2 Método inductivo

El método inductivo o inductivismo es aquel método científico que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. Se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos para su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización; y la contrastación.

Esto supone que, tras una primera etapa de observación, análisis y clasificación de los hechos, se logra postular una Hipótesis que brinda una solución al problema planteado. Una forma de llevar a cabo el método inductivo es proponer, mediante diversas observaciones de los sucesos u objetos en estado natural, una conclusión que resulte general para todos los eventos de la misma clase.

2.7.3 Método Deductivo

El método deductivo es un método científico que considera que la conclusión se halla implícita dentro las premisas. Esto quiere decir que las conclusiones son una consecuencia necesaria de las premisas: cuando las premisas resultan verdaderas y el razonamiento deductivo tiene validez, no hay forma de que la conclusión no sea verdadera.

El método deductivo logra inferir algo observado a partir de una ley general. Esto lo diferencia del llamado método inductivo, que se basa en la formulación de leyes partiendo de los hechos que se observan.

2.7.4 Método Mayéutico

La mayéutica es un método o una técnica que consiste en realizar preguntas a una persona hasta que ésta descubra conceptos que estaban latentes u ocultos en su mente. El cuestionario es desarrollado por un maestro que debe encargarse, con sus preguntas, de guiar a su discípulo hacia el conocimiento no conceptualizado.

La técnica de la mayéutica presupone que la verdad se encuentra oculta en la

mente de cada persona. A través de la dialéctica, el propio individuo va desarrollando nuevos conceptos a partir de sus respuestas.

2.8 Variables

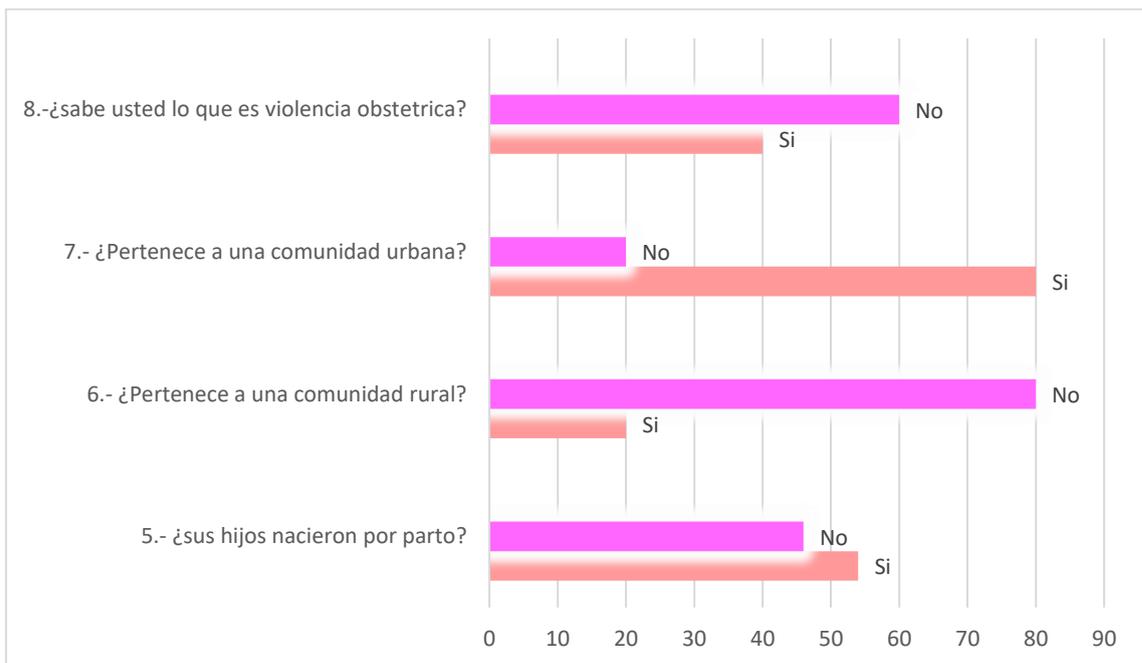
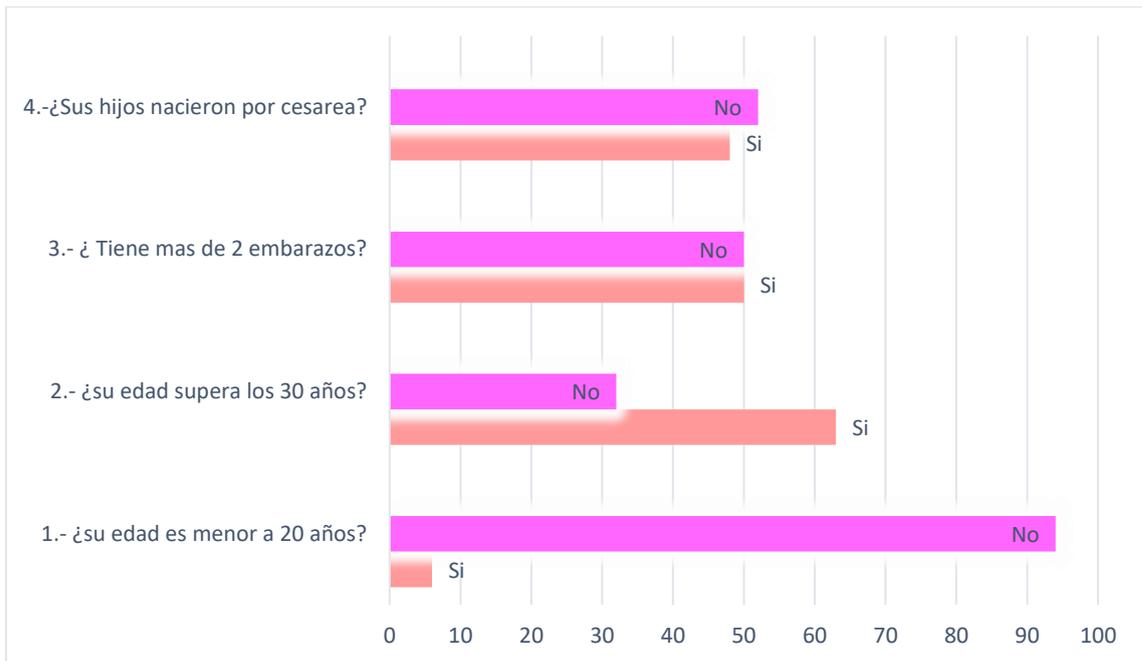
- A mayor número de cesáreas menor número de partos fisiológicos.
- A mayor número de cesáreas mayor número de riesgo de infección en la herida quirúrgica.
- A mayor número de citas de control prenatal menor riesgo de complicaciones en el parto.
- A mayor número de pacientes atendidas con respeto, menores quejas por parte de la usuaria.
- A mayor contacto inmediato el recién nacido con la madre menos insatisfacción por parte de la usuaria.
- A mayor aplicación de los derechos en las pacientes menos discriminación.

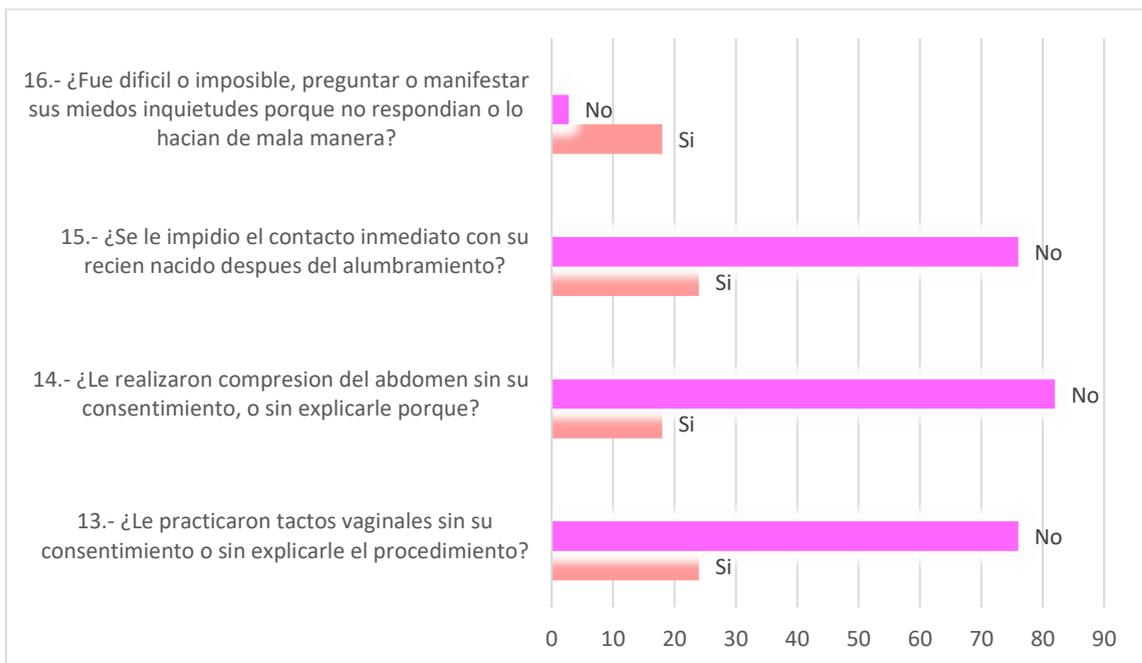
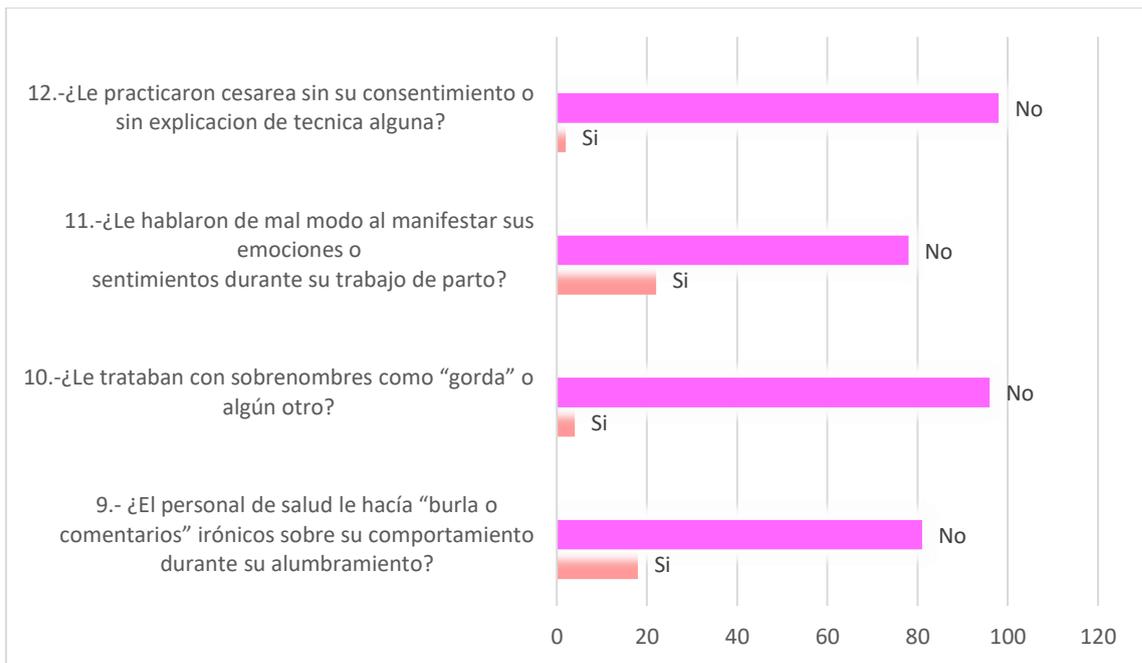
2.9 Encuesta y Resultados

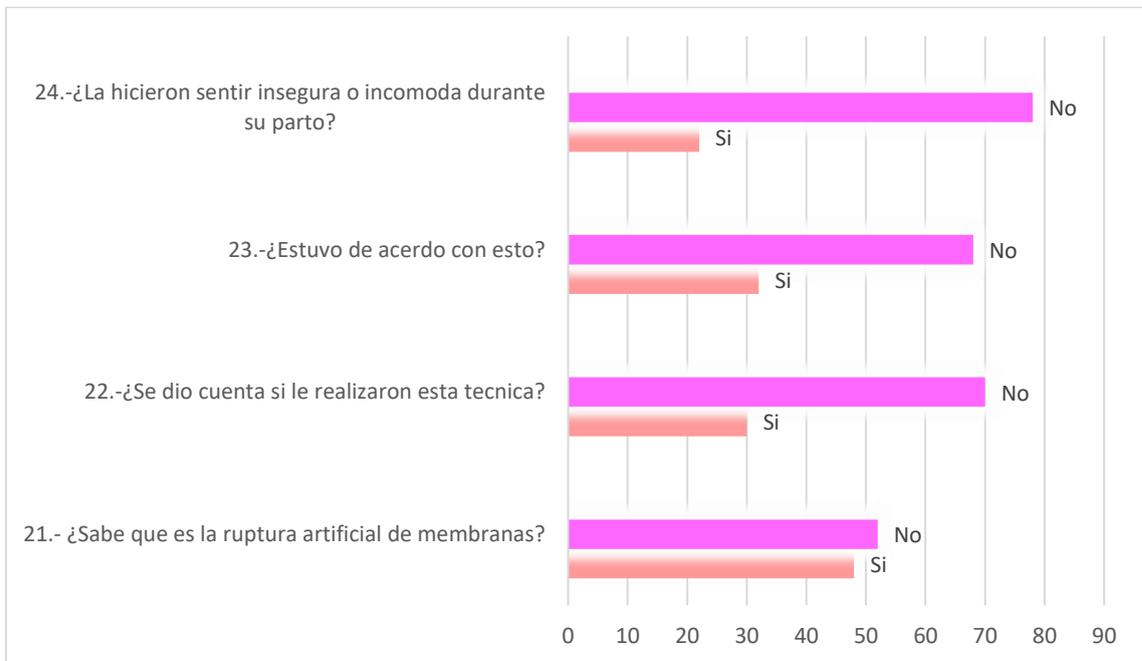
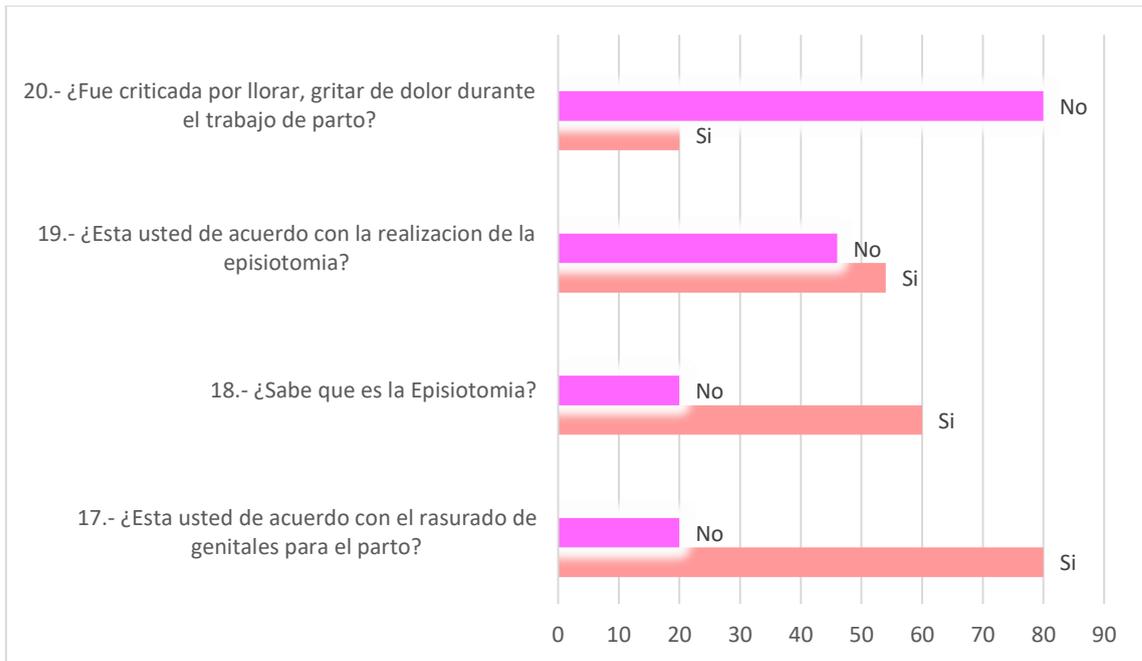
N°	Pregunta	Si	No
1	¿Su edad es menor a 20 años?		
2	¿Su edad supera los 30 años?		
3	¿Tiene más de 2 embarazos?		
4	¿Sus hijos nacieron por cesárea?		
5	¿Sus hijos nacieron por parto?		
6	¿Pertenece a una comunidad rural?		
7	¿Pertenece a una comunidad urbana?		
8	¿Sabe usted lo que es “violencia obstétrica”		
9	¿El personal de salud le hacía “burla o comentarios” irónicos sobre su comportamiento durante su alumbramiento?		
10	¿Le trataban con sobrenombres como “gorda” o algún otro?		
11	¿Le hablaron de mal modo al manifestar sus emociones o sentimientos durante su trabajo de parto?		
12	¿Le practicaron cesárea sin su consentimiento o sin explicación de técnica alguna?		

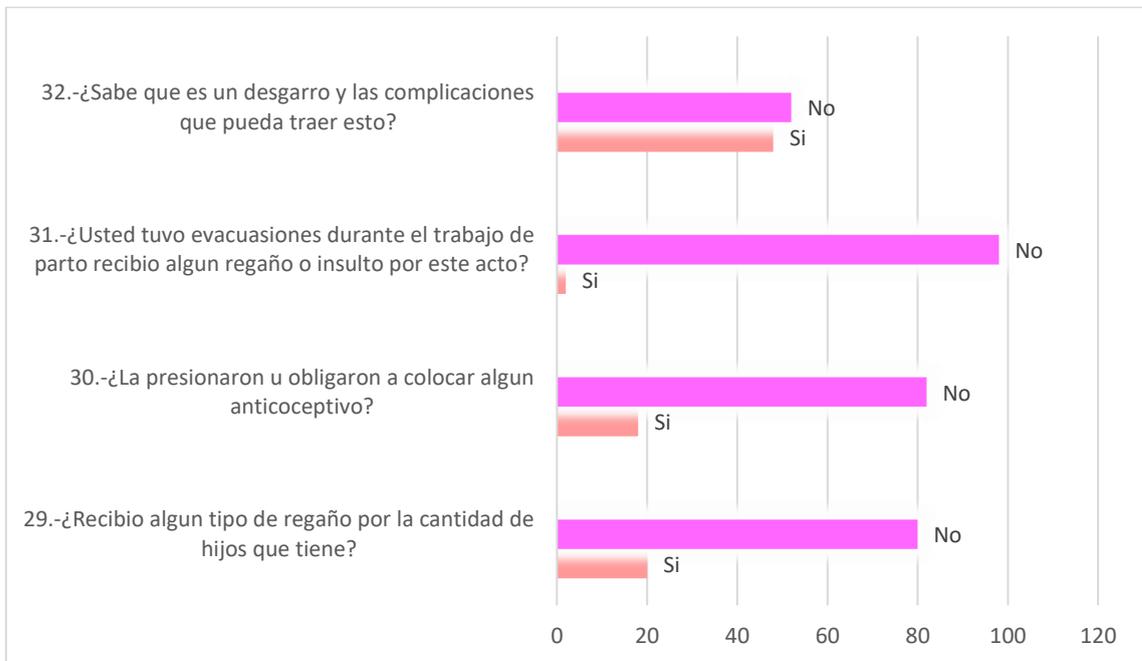
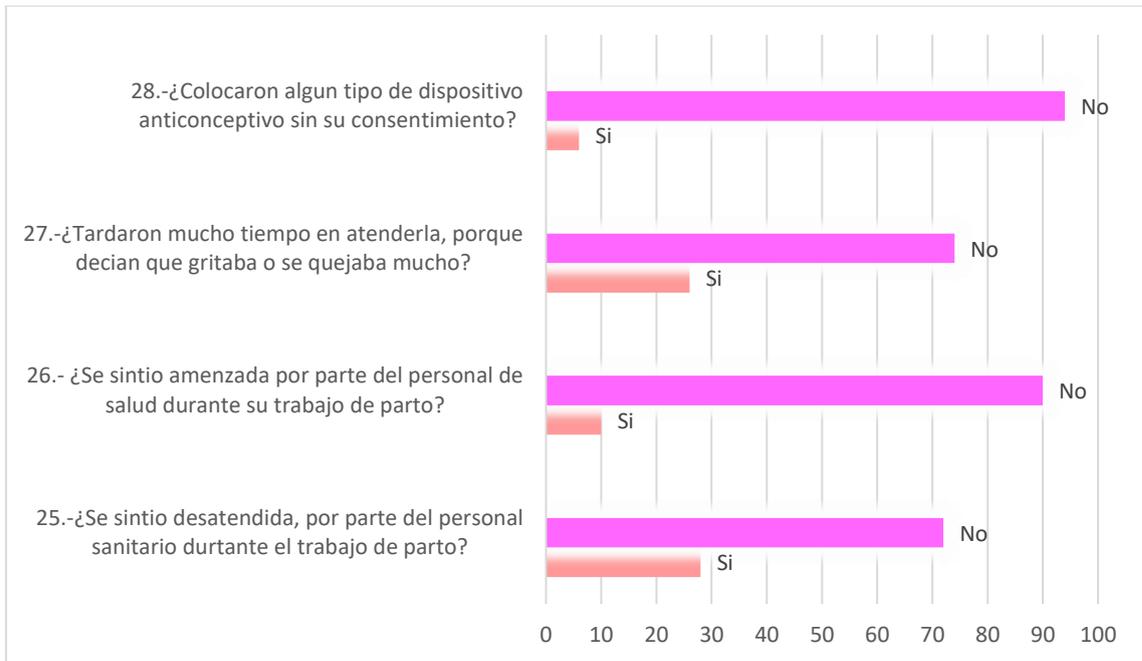
13	¿Practicaron tactos vaginales sin su consentimiento o sin explicarle el procedimiento?		
14	Le realizaron compresión del abdomen sin consentimiento o sin explicarle porque?		
15	¿Se le impidió el contacto inmediato con su recién nacido después del alumbramiento?		
16	¿Fue difícil o imposible preguntar o manifestar sus miedos inquietudes porque no respondían o lo hacían de mala manera?		
17	¿Está usted de acuerdo con el rasurado de genitales para el parto?		
18	¿Sabe que es la "Episiotomía"?		
19	¿Está de acuerdo con la realización de la "Episiotomía"?		
20	¿Fue criticada por llorar o gritar de dolor durante el parto?		
21	¿Sabe que es la ruptura artificial de membranas?		
22	¿Se dio cuenta si le realizaron esta técnica?		
23	¿Estuvo de acuerdo con esto?		

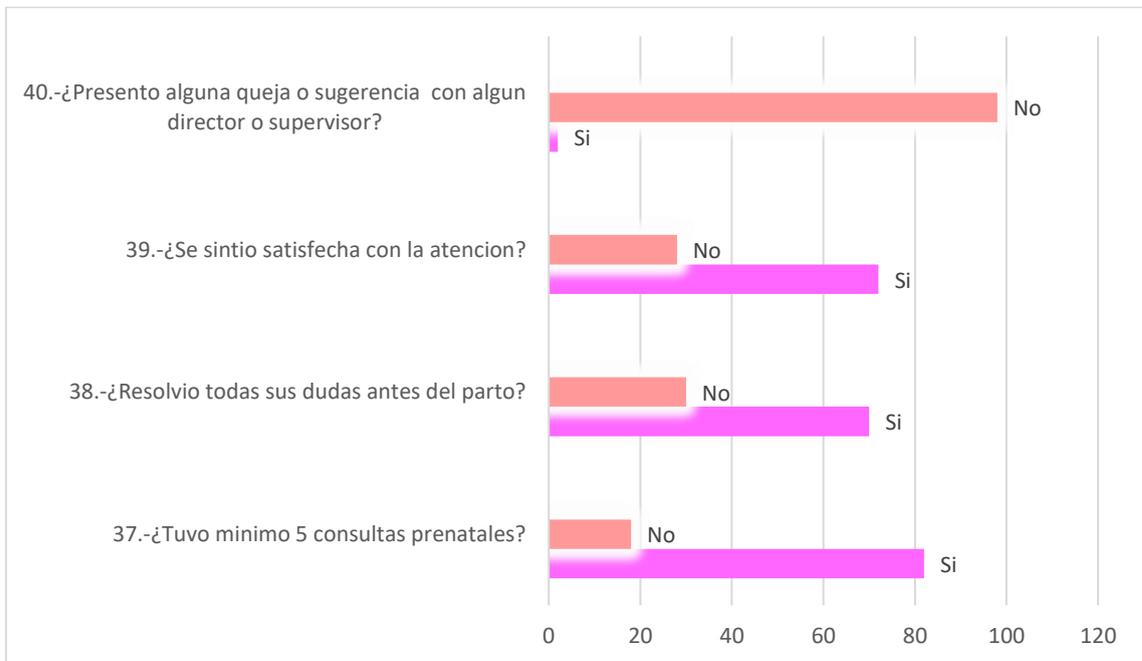
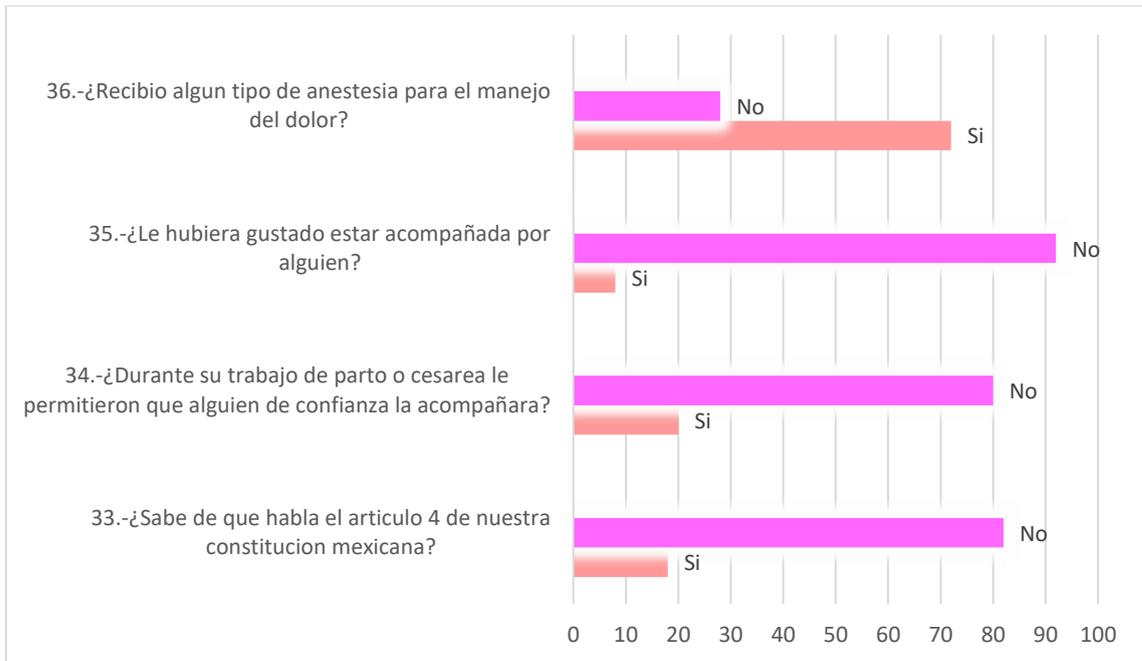
2.2 Graficado

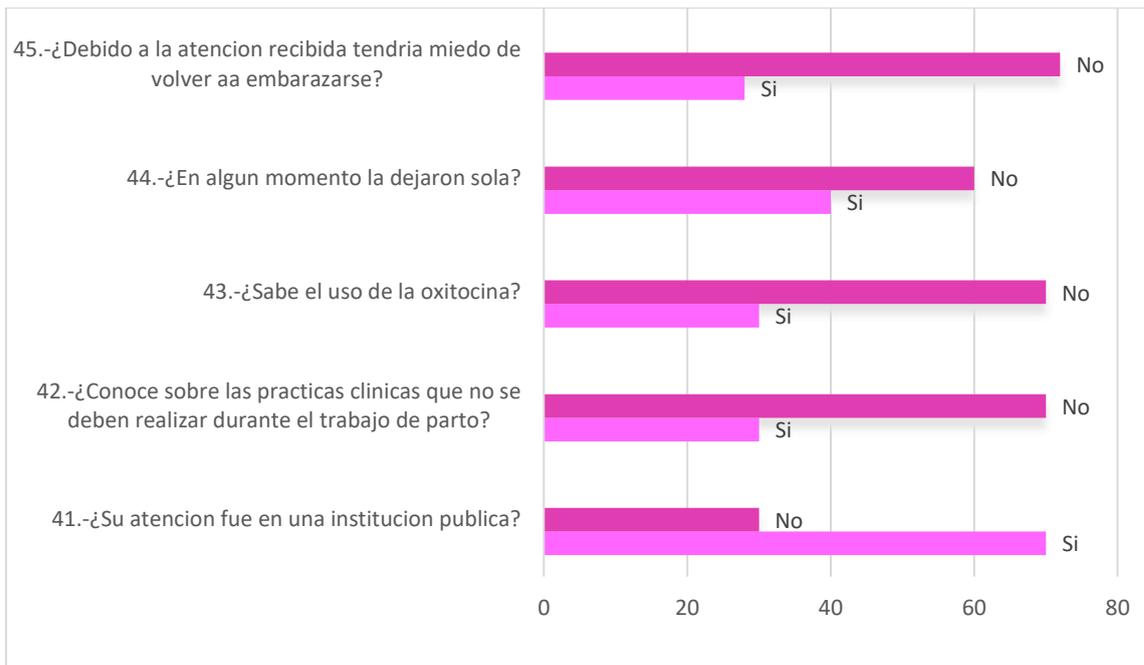












3.- Generalidades

3.1 Concepto

El término “violencia obstétrica” hace referencia a la violencia llevada a cabo por los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”.

El trato deshumanizado comprende tres aspectos, el primero refiere a la vulneración del derecho a la intimidad, que implica la intromisión del equipo de salud no consentida por la mujer en su privacidad mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y órganos genitales

El segundo aspecto supone la vulneración del derecho de las mujeres y sus familias a recibir información clara y precisa por parte del equipo de salud. Esto involucra la realización de prácticas sin previa consulta, sin que se les brinde información sobre el estado de su salud, ni sobre las características de las intervenciones que se llevan a cabo.

El último aspecto refiere a los tratos crueles, inhumanos y degradantes, que implican la insensibilidad del equipo de salud frente al dolor de las mujeres, los silencios, la infantilización, los insultos, comentarios humillantes y malos tratos. En México la falta de personal capacitado, de instalaciones adecuadas y de equipo médico apto para proporcionar atención obstétrica parecen ser la regla.

Por ello, GIRE ha buscado visibilizar el concepto de violencia obstétrica como un tipo de violencia que se genera en los servicios de salud públicos o privados que consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal de salud que cause daño físico o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y posparto. Esta violencia puede expresarse en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, en tratos crueles, inhumanos o degradantes por parte del personal de salud, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos.

GIRE acompaña casos de mujeres que han sufrido violencia obstétrica no solo para buscar una reparación para ellas y sus familias, sino también para generar cambios estructurales en el Sistema de Salud para garantizar que todas las mujeres tengan acceso a servicios de salud obstétrica de calidad. En este esfuerzo, estamos convencidas de que la criminalización del personal de salud no es la solución, por lo que trabajamos también por evitar este tipo de respuestas tan comunes en el país.

En México, la identificación de la violencia obstétrica y el acceso a la justicia en casos de violación a los derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio aún se encuentra en una etapa incipiente.

A pesar de que existe una amplia gama de procedimientos de queja y sanción, éstos no cuentan con una perspectiva de derechos humanos y son mecanismos de reparación segmentados que obligan a las mujeres a recurrir a más de un procedimiento.

La violencia obstétrica se expresa, aunque no exclusivamente, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada y también en la tendencia a patologizar procesos reproductivos. En tanto violencia de género, la violencia obstétrica, pone de manifiesto la asimetría entre hombres y mujeres en las relaciones de saber/poder en los procesos reproductivos y la vulnerabilidad de las embarazadas, que parece acrecentarse por su condición de mujeres.

El derecho a la salud, obliga a los Estados a propiciar condiciones para que los ciudadanos puedan vivir lo más saludablemente posible, facilitándoles el acceso a servicios de salud, procurando que existan condiciones de trabajo saludables y seguras, un adecuado acceso a la alimentación, al trato digno y otras condiciones sociales. Sin embargo, la crisis económica, producida en las últimas décadas, ha conllevado a que en algunos sistemas de salud se produjese escasez de recursos y falta de presupuestos, dando lugar a insuficiencia de personal. No obstante, la falta de recursos no justifica los malos tratos en un régimen jurídico basado en el respeto a los derechos humanos.

Se incluye también la negación al tratamiento sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, el aplazamiento de la atención médica urgente, el manejo del dolor durante el trabajo de parto como castigo o coacción para obtener su consentimiento.

Queda comprendida aquí también la negativa en los servicios de anticoncepción o tratamientos contra la infertilidad o esterilidad.

Ejemplos de esta violencia obstétricos son:

- Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, cuando están presentes los medios necesarios para la realización del parto vertical;
- Obstaculizar el apego inmediato del recién nacido con su madre, sin causas medica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente al nacer.
- El tacto realizado por más de una persona o realizado en forma excesiva.
- La tricotomía y episiotomía de rutina, así como el uso de fórceps.
- La realización de la “la puntada del marido”.
- La maniobra de Kristeller.
- El raspaje de útero sin anestesia, la sutura sin anestesia.
- La esterilización forzada; la negatividad a retirar un dispositivo de anticoncepción.
- La inducción o aceleramiento del parto sin existir causa médica con sustancias como la oxitocina o misoprostol.
- La ruptura artificial de membranas
- La negativa a prescribir analgésicos
- La fistula obstétrica
- La realización de una cesárea sin justificación médica, cuando haya condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento para el parto voluntario, expreso o informado de la mujer

De este tipo de violencia, por ser una práctica rutinaria, común y dañina, se destaca la episiotomía, la cual es un corte en el perineo, es decir se cortan la piel, músculos que rodean la vagina para agrandar el canal de parto y así acelerar la salida del producto.

Desde hace aproximadamente 30 años la ciencia ha constatado que no previene laceraciones y solo facilita la salida del producto en caso de presentación podálica o de nalgas, o cuando el producto sea muy grande.

Las laceraciones más graves surgen como consecuencia de extensiones de la episiotomía desde la vagina hasta el ano, pudiendo llegar a los músculos del ano o al ano mismo.

La episiotomía, al ser más profunda que una laceración requiere más tiempo para la recuperación. Conlleva también el riesgo de infección tanto del corte como de las suturas. Los daños más frecuentes son las dispareunias (dolor en las relaciones sexuales, así como la incontinencia urinaria, fecal y/o de gases.

En la opinión de Mardsen Wagner director del departamento de salud materno infantil de la OMS “realizar demasiadas episiotomías ha sido correctamente etiquetado como una forma de mutilación genital en la mujer”.

3.2 Violencia Psicológica

Este tipo de violencia conformada principalmente por iatrolalias, incluye el trato deshumanizado, grosero, irónico, burlón, los regaños, insultos, amenazas, discriminación, humillación, cuando se pide asesoramiento, o se requiere atención en el transcurso de una práctica obstétrica o del ejercicio de los derechos reproductivos, así como la indiferencia de sus solicitudes o reclamos.

Comprende también la omisión o manipulación de información en una forma comprensible para la mujer y sus familiares sobre la evolución de su parto o las decisiones que se van a tomar.

Igualmente, se considera violencia obstétrica psicológica no consultar o informar a las mujeres sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, o utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana.

Algunos ejemplos de violencia obstétrica psicológica son:

Comentarios como; cállate y puja, ¿no te gusto abrir las piernas? Ahora cállate, ¿Así gritabas cuando lo hacías?, ya esta vieja para seguir teniendo hijos,

Gestos y expresiones corporales por parte del personal sanitario en contra de la paciente.

3.3 Violencia Estructural

La violencia estructural se constituye por falta de las debidas políticas públicas, el bajo presupuesto en salud y la errónea administración de las instituciones de salud que no favorecen la adhesión a los lineamientos legales en la materia. La sobrecarga de demanda de servicios contra personal y recursos existentes forman parte de este tipo de violencia.

- Falta de capacidad de los hospitales o falta de personal: la administración rechaza a las mujeres incluso en trabajo de parto por no haber camas u ordena la aceleración de procesos físicos que las pacientes tengan al hijo más rápido a fin de desocupar camas, y no tenerlas en el servicio.
- Falta de instalaciones y equipo para la realización del parto vertical.
- Las mujeres embarazadas permanecen sin cuidado durante la dilatación o bien durante el puerperio inmediato.
- No existen instalaciones adecuadas y seguras para el alojamiento conjunto de modo que se favorezca la lactancia materna exclusiva.
- No se cuenta con banco de leche para prematuros o recién nacidos cuya madre no esté en condiciones de amamantar.
- No se favorece la disposición de traductores o enlaces interculturales o el acompañamiento emocional de las pacientes.
- Falta de médicos adscritos por lo que los internos de pregrado o residentes atienden sin la supervisión necesaria.
- Ausencia de hospitales o clínicas cerca del domicilio de la paciente.

3.4 Esterilización Forzada

La prohibición de la esterilización forzada está contemplada en la Ley General de Salud y en algunas leyes locales de salud. Asimismo, se encuentra tipificada como un delito en el Código Penal Federal y en algunos códigos penales de las entidades.

En la Ley General de Salud se establece que: “Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran”. Las sanciones a las que se hace referencia podrán ser:

- 1) Amonestación con apercibimiento
- 2) Multa
- 3) Clausura temporal o definitiva (parcial o total)
- 4) Arresto hasta por treinta y seis horas.

Además, se sancionará con una multa de entre seis mil y doce mil veces el salario mínimo. En 19 entidades federativas se cuenta con disposiciones similares a las de la Ley General de Salud.

La tipificación en el Código Penal Federal del delito de “esterilidad provocada sin el consentimiento” se encuentra en el capítulo de delitos contra los derechos reproductivos, e impone al responsable entre cuatro y siete años de prisión y hasta setenta días de multa, reparación de los daños y perjuicios ocasionados, además de la suspensión del empleo o profesión por un plazo igual al de la pena de prisión impuesta o la inhabilitación definitiva. Ocho estados también tienen tipificado, en sus códigos penales, el delito de esterilización forzada, en términos similares al código federal.

Se establece que la esterilización forzada de una mujer tiene como consecuencia la imposición de sanciones administrativas, sin que ello excluya la posible sanción penal por considerarse también dicho acto como delito.

Es preocupante que la esterilización forzada no se contemple como delito en los códigos penales de la mayoría de las entidades federativas, considerando que atenta gravemente contra la integridad personal, la autonomía reproductiva y la salud de las personas.

3.5 Episiotomía

Concepto:

Etimológicamente, la palabra episiotomía tiene su origen en los términos griegos “episeion” cuyo significado es región púbica, y “temno” que significayo corto, de lo que se deriva su traducción, cortar el pubis.

La episiotomía es una incisión en la pared vaginal y el perineo (el área entre los muslos, que se extiende desde el orificio vaginal hasta el ano) para agrandar la abertura vaginal y facilitar el parto.

En algunos casos, el orificio de la vagina no se dilata lo suficiente para dejar pasar al feto. El médico puede realizar una episiotomía para ayudar a agrandar la abertura y lograr la salida del feto. La episiotomía se suele realizar cuando la cabeza del feto ha estirado la abertura vaginal varios centímetros durante una contracción. El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (American Collage of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) ya no recomienda realizar la episiotomía como procedimiento de rutina.

La episiotomía se puede clasificar en dos tipos:

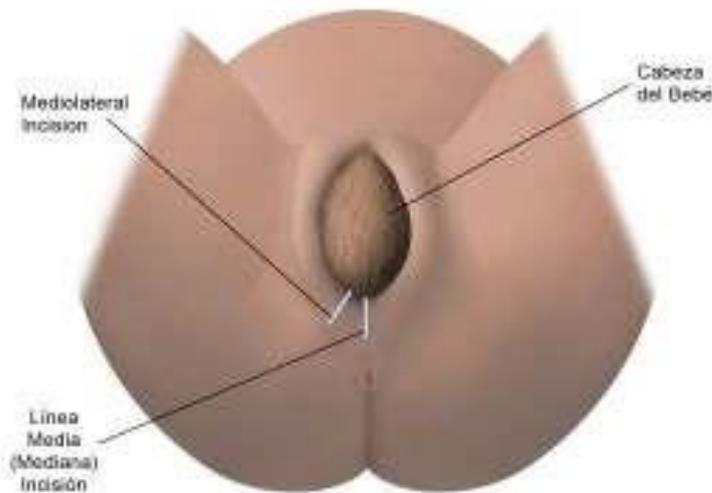
De línea media o mediana. Se refiere a una incisión vertical que se hace desde la parte inferior de la abertura vaginal hacia el recto. Este tipo de episiotomía suele sanar bien, pero es más probable que se desgarre y se extienda hasta el área rectal, llamada laceración de tercer o cuarto grado.

Medio lateral. Se refiere a una incisión que se hace en un ángulo de 45 grados desde la parte inferior de la abertura vaginal hacia cualquier de los lados. Este tipo de episiotomía no suele desgarrarse ni extenderse, pero conlleva una mayor pérdida de sangre y tal vez no sane bien.

Una vez que el bebé ha nacido, se le pide a la madre que siga pujando durante las siguientes contracciones uterinas para expulsar la placenta. Una vez expulsada la placenta, se sutura la incisión de la episiotomía. Si la madre no recibe anestesia regional, como la epidural, se puede inyectar una anestesia local en el perineo para adormecer el área y así poder reparar un desgarro o episiotomía después del parto.

Otros procedimientos relacionados que se pueden utilizar durante el trabajo de parto y el parto mismo incluyen la cesárea y la cardiotocografía externa e interna.

Tipos de Episiotomía Incisiones



Objetivos e Indicaciones para realizar una episiotomía

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

Algunas de las ventajas son:

- Minimiza trauma del piso pélvico
- Aumenta luz del canal de parto
- Disminuye el tiempo del periodo expulsivo
- Evita sufrimiento fetal.

Razones para realizar el procedimiento:

No todas las mujeres necesitarán una episiotomía, y el hecho de ayudar a estirar los tejidos de manera natural puede ayudar a reducir la necesidad de este procedimiento. Si no se realiza una episiotomía es posible que ocurra, o no, un desgarro de los tejidos perineales. Se puede utilizar una episiotomía para contribuir con el tratamiento de las siguientes afecciones:

- Parto complicado, tales como la presentación pélvica (primero salen las nalgas o los pies) o la distocia de hombros (cuando ha salido la cabeza del feto, pero los hombros quedan atrapados)
- Segunda etapa prolongada (etapa de pujo en el trabajo de parto)

- ✓ Parto con fórceps o ventosa
- ✓ Bebé grande
- ✓ Bebé prematuro
- . Fatiga fetal

Riesgos del procedimiento:

Al igual que con cualquier procedimiento quirúrgico, pueden surgir complicaciones. Algunas complicaciones posibles de una episiotomía pueden incluir, entre otras, las siguientes:

- Posibilidad de provocar hematoma perineal
- Desgarro perineal severo
- Reconstrucción insatisfactoria
- Dolor post parto en el perineo
- Posible infección
- Mala y tardía cicatrización
- sangrado

Las pacientes con alergia o sensibilidad a ciertos medicamentos o al látex deben informarlo a su médico. Si el parto del bebé sucede demasiado rápido, es posible que no se realice una episiotomía.

Es posible que existan otros riesgos dependiendo de su estado de salud específico.

Antes del procedimiento:

- El médico le explicará el procedimiento y le ofrecerá la oportunidad de formular todas las preguntas que pueda tener al respecto
- Se le pedirá que firme un formulario de consentimiento mediante el cual autoriza la realización del procedimiento. Lea el formulario atentamente, y pregunte si hay algo que no le resulta claro. El formulario de consentimiento para una episiotomía puede estar incluido como parte del consentimiento general para su parto.
- Informe al médico si tiene sensibilidad o alergia a algún medicamento, yodo, látex, cinta adhesiva o agentes anestésicos (locales y generales).
- informe a su médico sobre todos los medicamentos (con receta y de venta libre) y suplementos de hierbas que esté tomando.
- Informe a su médico si tiene antecedentes de trastornos hemorrágicos o si

está tomando medicamentos anticoagulantes (diluyentes sanguíneos), aspirina u otros medicamentos que afectan la coagulación de la sangre. Quizás sea necesario dejar de tomar estos medicamentos antes de practicar el procedimiento.

Durante el procedimiento

Se puede realizar una episiotomía como parte de un parto vaginal. El procedimiento y el tipo de episiotomía pueden variar según su estado clínico y las prácticas de su médico.

Por lo general, la episiotomía sigue este proceso:

- 1.-Se la colocará sobre una cama de trabajo de parto, con los pies y las piernas apoyados para el parto.
- 2.-Si no ha recibido ninguna anestesia durante el trabajo de parto o en el parto mismo, es posible que le inyecten una anestesia local en la piel y el músculo perineal a fin de adormecer los tejidos antes de la incisión. Si se utiliza anestesia epidural, no sentirá nada de la cintura para abajo y no necesitará anestesia adicional para la episiotomía.
- 3.-Durante la segunda etapa del trabajo de parto (etapa de pujo), a medida que la cabeza del feto estira la abertura vaginal, el médico utilizará unas tijeras especiales o un bisturí para realizar la incisión de la episiotomía.
- 4.-Nacerá el bebé.
- 5.-Se expulsará la placenta.
- 6.-Se examinará la incisión de la episiotomía para detectar cualquier otro desgarro.
- 7.-Es posible que se inyecte una anestesia local en la piel y el músculo perineal, a fin de adormecer los tejidos.
- 8.-Se repararán los tejidos y el músculo perineal utilizando suturas, que se disolverán con el tiempo.

Después del procedimiento:

Después de una episiotomía, es posible que sienta dolor en la incisión. Se puede aplicar una bolsa de hielo inmediatamente después del parto, para ayudar a reducir la inflamación y el dolor. Durante su internación en el hospital y en su casa después de que nazca el bebé, los baños de asiento (baños tibios o fríos con

poca agua) pueden ayudar a aliviar el dolor y acelerar la cicatrización. También podría resultar útil aplicarse cremas recetadas o pulverizadores con anestesia local en el perineo.

Puede tomar un analgésico para el dolor, de acuerdo con las recomendaciones del médico. La aspirina u otros medicamentos contra el dolor pueden aumentar las probabilidades de sangrado. Asegúrese de tomar sólo los medicamentos que su médico le haya recomendado.

Debe mantener la incisión limpia y seca, utilizando el método de limpieza que le recomiende su médico después de orinar y de evacuar los intestinos. Si tiene dolor al evacuar el intestino, le podría ayudar tomar ablandadores de heces que su médico le recomiende.

No debe hacerse lavados vaginales, ni utilizar tampones ni tener relaciones sexuales durante el tiempo que su médico le indique. También puede tener otras restricciones sobre sus actividades, como no realizar actividades agotadoras ni levantar objetos pesados.

Puede seguir con su dieta normal, a menos que el médico le indique lo contrario. Su médico le indicará cuándo debe regresar para un tratamiento posterior o cuidado.

Si tiene algunos de los cuadros que mencionamos a continuación, informe a su médico:

- Sangrado en el lugar de la episiotomía
- Secreción de la vagina con mal olor
- Fiebre y/o escalofríos
- Dolor intenso en el perineo

3.6 Clasificación de laceraciones vaginales

Área vaginal

Los desgarros vaginales durante el parto, también llamados laceraciones o desgarros perineales, suceden cuando la cabeza del bebé que sale de la abertura vaginal es demasiado grande para que la vagina se estire o es de un tamaño normal, pero la vagina no se estira con facilidad. Este tipo de desgarró es bastante común.

Los desgarros que implican solamente la piel alrededor de la vagina suelen curarse por sí solos en algunas semanas. Algunos desgarros son más extensos y requieren tratamiento. El profesional de atención médica te examinará cuidadosamente luego del parto para identificar y tratar cualquier herida.

Laceración de primero grado:

Los desgarros vaginales de primer grado son los menos graves e involucran solamente la piel perineal, es decir, la piel entre la abertura vaginal y el recto y el tejido que se encuentra directamente debajo de la piel. Es posible que sientas un dolor leve o ardor durante la micción. Estos desgarros pueden requerir suturas o no y suelen curarse en el plazo de algunas semanas.

Laceración de segundo grado:

Los desgarros vaginales de segundo grado involucran la piel y los músculos del perineo y pueden extenderse dentro de la vagina. Por lo general, los desgarros vaginales de segundo grado requieren suturas y se curan en unas semanas.

Laceración de tercer grado:

Los desgarros vaginales de tercer grado se extienden al músculo que rodea el ano (esfínter anal). Algunas veces, estos desgarros requieren una reparación con anestesia en un quirófano, en lugar de una sala de parto, y pueden tardar un poco más de algunas semanas en curarse.

Es posible que haya complicaciones, como escape de las heces (incontinencia fecal) y coito doloroso. Si se presentan estos problemas, consulta con tu profesional de atención médica.

Laceración de cuarto grado:

Los desgarros vaginales de cuarto grado son los más graves. Se extienden por todo el esfínter anal hasta la membrana mucosa que recubre el recto (mucosa rectal). Los desgarros vaginales de cuarto grado suelen requerir reparación con anestesia en un quirófano, en lugar de una sala de parto, y a veces requieren una reparación más especializada. La curación también puede llevar más de algunas semanas.

Es posible que haya complicaciones, como incontinencia fecal y relaciones sexuales dolorosas. Si se presentan estos problemas, consulta con tu profesional de atención médica.

3.7 Maniobra de Kristeller

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Guía sobre Atención al Parto Normal de 1996, clasifica la maniobra de Kristeller, *la presión en el fondo uterino durante el parto* dentro de la categoría C, grupo que recoge las prácticas de las que no existe una clara evidencia como para fomentarlas y que, por tanto, debieran usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema. Una revisión Cochrane (organización internacional, independiente y sin ánimo de lucro cuyo objetivo es asegurar que la información actualizada y rigurosa sobre los efectos de las intervenciones sanitarias se encuentre disponible para toda la población) de 2009 afirma: "No hay pruebas suficientes con respecto a la seguridad para el recién nacido. Los efectos sobre el periné materno no son concluyentes". Sí considera comprobado, no obstante, que "la maniobra de Kristeller no incrementa la tasa de partos vaginales espontáneos ni reduce la tasa de parto instrumental".

Un interesante estudio del mismo año, realizado con 197 mujeres embarazadas de entre 37 y 42 semanas de gestación, intentó determinar cuál era el efecto de la maniobra de Kristeller en el acortamiento de la segunda fase del parto. Los resultados mostraron que no hubo diferencias significativas en la duración del expulsivo y que, aunque sí se vieron variaciones en los análisis arteriales de sangre del cordón de los bebés, los datos entraban dentro de los valores normales, no habiendo ningún recién nacido con un test de Apgar menor de 7 en ninguno de los grupos. Ante esta evidencia científica, los autores del estudio decidieron

desaconsejar el uso de la maniobra de Kristeller.

Usandizaga y De la Fuente contemplan esta maniobra como una de las posibles causas de rotura uterina iatrogénica.

González-Merlo afirma que esta práctica debe ser relegada por producir mayor enclavamiento del hombro en la sínfisis púbica.

El doctor Lattus advierte en un estudio que la maniobra que analizamos puede ser muy peligrosa, ya que produce "desgarros en la madre y problemas en el feto".

En un estudio realizado por los doctores Alejandro Peña y Heladia J. X. se concluye que a las madres del 32% de los niños que nacieron con trauma asociado al nacimiento se les había practicado la maniobra de Kristeller. Consideran que no debería realizarse por sus graves riesgos, como fracturas, hemorragia intracraneal o céfalo hematoma, que fue la lesión más frecuente en este estudio. La presión sobre el fondo uterino puede evitarse con una adecuada evaluación obstétrica y eligiendo la vía de nacimiento más adecuada para la madre y el bebé.

La Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad concluye que:

"No existen pruebas del beneficio de la maniobra de Kristeller realizada en la segunda etapa del parto y además existen algunas pruebas, aunque escasas, de que la dicha maniobra es un factor de riesgo de morbilidad materna y fetal, por lo que se considera que su realización durante la segunda etapa del parto debe limitarse a los protocolos de investigación diseñados para evaluar su eficacia y seguridad para la madre y el feto." Esta maniobra "no incrementa la tasa de partos vaginales espontáneos ni reduce la tasa de parto instrumental" y "es ineficaz en la reducción de la duración de la segunda etapa del trabajo de parto." Por lo tanto, puntualiza, "se recomienda no realizar la maniobra de Kristeller".

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) refiere en sus Recomendaciones sobre atención al parto normal (2007) que:

"La presión sobre el fondo uterino podrá ser utilizada sólo con la intención de ayudar al desprendimiento de la cabeza, pero en ningún caso para facilitar el descenso de la presentación." Es una de las posibles causas de desgarro

cervical y del síndrome doloroso abdomino pélvico en el puerperio, por lo cual: “la maniobra de Kristeller y la dilatación digital deberían estar proscritas en la actualidad”.

3.8 Derechos en riesgo durante la atención al parto

El grupo de información en reproducción elegida en su documento “violencia obstétrica”. “Un enfoque de derechos humanos” habla de los derechos que el personal médico pasa por alto durante la atención al parto y que terminan siendo violados. Estos derechos son:

Derecho a la salud:

Este derecho está establecido en el 4º artículo constitucional y en otros tratados internacionales en los que México ha participado.

El derecho a la salud les permite a las personas la libertad de controlar su cuerpo, su salud, a la libertad sexual y a no padecer injerencias. Además, la persona tiene derecho a un sistema que proteja su salud y le brinde iguales oportunidades que a los demás de mantener un estado de salud óptimo.

Se incluye dentro del derecho a la salud, la salud reproductiva que consiste en la eliminación de todo tipo de discriminación a la mujer en el ámbito médico, así como ofrecerle un servicio apropiado y de calidad.

Otros elementos del derecho a la salud son la accesibilidad, aceptabilidad, calidad y a la no discriminación.

Derecho a la integridad personal a no ser sometida a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Protege las dimensiones física, psíquica y moral de las personas. Incluye la protección de cualquier tipo de agresión al cuerpo y el derecho a que las facultades psíquicas y morales no sufran daños.

Derecho a la información

Resguardado por el 6º artículo constitucional indica que toda persona debe tener derecho al libre acceso a la información, así como a buscar, recibir y difundir información e ideas por distintos medios de expresión.

Derecho de las mujeres a vivir libres de violencia

Que obliga al estado a prevenir, investigar y castigar la violencia de este tipo. También protege a la mujer de sufrir violencia ya sea física, sexual o psicológica, tanto en los establecimientos de salud como por cualquier persona.

Derecho a la vida privada

Este artículo hace referencia a garantizar que no exista intromisión arbitraria en la vida de una persona o familia. En cuanto a reproducción se refiere, este artículo protege la decisión de las personas sobre su procreación, garantizando que la mujer tome la decisión y que le proporcione, información, clara, objetiva y veraz.

4.- Atención centrada en la mujer en estado grávido

4.1.-Autonomía y vulnerabilidad: La importancia de los vínculos.

Existen diferentes capas y formas de vulnerabilidad en las mujeres en lo que se refiere a embarazo, parto y maternidad. Algunas suceden por causa del azar, no obstante, los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de eliminar aquellas situaciones de vulnerabilidad que se generan a causa de las intervenciones y rutinas en el seno de las instituciones sanitarias. El concepto de vulnerabilidad ha sido utilizado en múltiples sentidos y ámbitos; económico, político, social, sanitario, etc. Se puede decir que todo ser humano es vulnerable por su condición finita, por la propia fragilidad que tiene el ser humano, pero las diferentes circunstancias y condiciones en la que se encuentra cada individuo determinan el grado de vulnerabilidad que éste tiene.

Para abandonar el paternalismo y reconocer la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones informadas, es necesario desarrollar un concepto de autonomía que no desestime la condición de vulnerabilidad intrínseca de los seres humanos, sino que la incorpore como en el caso del desarrollo de una relación asistencial basada en la autonomía relacional.

Butler sostiene que nuestra interdependencia debe tener también una dimensión normativa en nuestra vida social. Todos vivimos con vulnerabilidad ante el otro, pero este hecho es parte de la vida corporal. Sin embargo, esta vulnerabilidad intrínseca a los seres humanos se acentúa bajo ciertas condiciones sociales y

políticas. Especialmente en aquellas formas de vida sometidas a violencia y con medios de autodefensa limitados. La violencia obstétrica, como hemos mencionado, se refiere a la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de la mujer por parte del personal de salud que se expresa en un trato deshumanizador, en abuso de medicalización y patologización de los procesos fisiológicos. Todo ello comporta necesariamente la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la capacidad de vida de las mujeres. Algunas de estas prácticas, que podemos considerar englobadas bajo el concepto de “violencia obstétrica” incluyen:

- La negación de información a las usuarias sobre procedimiento médicos empleados durante el proceso de parto.
- La realización de prácticas hospitalarias que humillan e ignoran las necesidades de las mujeres, las infantilizan o las aíslan. Las privan de movimiento, comida o agua, en situaciones en las que no es imprescindible para la práctica sanitaria.
- La realización de cesáreas innecesarias.
- Las rutinas hospitalarias sin ventajas probadas para el bienestar de mujeres: administración de enemas y sedantes, realización de episiotomía sistemática o la posición supina obligatoria para el parto.
- La alteración del proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante técnicas de aceleración.
- La obstaculización del apego precoz del bebé con su madre y del amamantamiento sin causa médica justificada.

Los vínculos se deben situar en un primer plano para humanizar la asistencia. Según Judith Butler los vínculos son una forma de superación de la violencia y una vía de afrontamiento de la vulnerabilidad. No obstante, los vínculos que se establecen dentro del marco sanitario, con relación a la atención a madres y recién nacidos son:

- El fomento de los vínculos parentales y/o familiares. Se establece promoviendo la no separación madre-hijo dentro de los centros sanitarios y procurando el contacto piel con piel y la lactancia materna desde el momento del nacimiento, y la no separación del recién nacido de la madre durante las

pruebas. Además, el contacto continuo debe ser potenciado, fomentado y facilitado por los profesionales de la salud, los cuales deben saber vencer las barreras tanto físicas como simbólicas de los hospitales.

- El establecimiento de vínculo entre profesionales sanitarios y familias. En este sentido, Noddings afirma que el ser humano es un ser social que vive inmerso en una trama de relaciones con otros, por lo que cada persona es una entidad relacional y no un agente totalmente autónomo. Nodding mantiene que el encuentro con el otro, la vulnerabilidad y las necesidades de las otras personas nos obligan a cuidarlas, por lo que considera que nuestras fortalezas y debilidades están en parte influenciadas por aquellos con los que nos relacionamos. Por todo ello, se puede afirmar que la ética del cuidar sea considerada como una ética relacional. Asimismo, recuerda que la relación que se establece entre el sanitario y el paciente es asimétrica, pero, no así, la comunicación que se establece entre ambos. Annette Baier asegura que para que una relación asimétrica pueda funcionar se necesita confianza; siendo la confianza la aceptación de la vulnerabilidad al daño que otros podrían infligir, pero que juzgamos que no ocasionarán, a lo que consideremos valioso para nuestras vidas. Según la autora, para conseguir esta confianza, es necesaria la promoción de la educación emocional y la implantación de la educación en valores en la formación de los profesionales de la salud.
- Existe además un tercer vínculo; el que se establece entre iguales. Este tipo de vínculo lo podemos encontrar en los grupos de apoyo o grupos de ayuda mutua. Estos vínculos son fundamentales en la aceptación de las vivencias tanto a nivel individual, familiar, como de pareja. Por ello, desde las instituciones sanitarias es preciso el fomento de estos grupos (como, por ejemplo y con relación al tema que nos atañe; los grupos de preparación al nacimiento, grupos de posparto, grupos de soporte a la lactancia o aquellos de acompañamiento al duelo perinatal), y el facilitar información sobre ellos, a todas aquellas madres y parejas que los puedan necesitar.

4.2 La declaración de fortaleza

En la declaración de Fortaleza de 1985 realizada en Brasil, la OMS instó a revisar el modelo biomédico de atención a la gestación. Tras esta revisión del modelo biomédico, la OMS elaboró una serie de recomendaciones a fin de evitar ciertas

prácticas, no justificadas, que se estaban realizando de forma sistemática, es decir, a todas las mujeres. En la conferencia se concluyó que toda mujer como persona, tiene derecho a una atención en el trabajo de parto adecuada, y debe desempeñar un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo su participación en la planificación, ejecución y evaluación. Como resultado de la conferencia se elaboró un documento que regía el trabajo pluridisciplinar de diferentes profesionales: matronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas y administrativos, concluyendo que el traslado del proceso de parto al hospital había producido deshumanización y medicalización de la atención al Nacimiento.

La declaración de fortaleza constituye un documento de consenso que recoge 14 recomendaciones generales, 14 recomendaciones específicas y 10 recomendaciones para su aplicación.

Recomendaciones generales de la declaración:

- 1.- los Ministerios de Sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores públicos y privados.
- 2.- los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto.
- 3.- toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera.
- 4.- se debe animar a las madres y a sus familias a practicar el autocuidado en el periodo perinatal, y a reconocer cuándo se necesitan ayuda y de qué tipo para mejorar las condiciones del embarazo, parto y puerperio.
- 5.- los grupos de ayuda mutua entre madres ofrecen un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto.
- 6.- el equipo sanitario debe fomentar actitudes coherentes para garantizar la continuidad en el control del parto, y el equipo perinatal debe compartir una filosofía de trabajo común, de modo que los cambios de personal no dificulten la continuidad en la atención.
- 7.- los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre. Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo.

8.- la formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.

9.-El equipo perinatal debe ser motivado conjuntamente para fortalecer las relaciones entre la madre, su hijo y la familia.

El trabajo del equipo puede verse afectado por conflictos interdisciplinarios, que deben abordarse sistemáticamente.

10.-La formación de los profesionales sanitarios debe incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario y las embarazadas y sus familias.

11.-Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales.

La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión.

12.-La evaluación de la tecnología debe implicar a todos los que usan dicha tecnología, epidemiólogos, sociólogos, autoridades sanitarias y las mujeres en las que se usa la tecnología.

13.-La información sobre las prácticas obstétricas en los diferentes hospitales, como la tasa de cesáreas, debe estar al alcance del público.

14.-Debe investigarse a nivel regional, nacional e internacional sobre la estructura y composición del equipo de atención al parto, con el objetivo de lograr el máximo acceso a la atención primaria adecuada y la mayor proporción posible de partos normales, mejorando la salud perinatal, según criterios de coste efectividad y las necesidades y deseos de la comunidad aplicación.

Recomendaciones específicas de la declaración de Fortaleza

1.- para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.

2.-las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.

3.- el recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre.

4.- debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre

abandone la sala de partos.

5.- algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10% de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15%.

6.- no hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.

7.- la ligadura de trompas de Falopio no es una indicación de cesárea. Existen métodos más sencillos y seguros de esterilización tubárica.

8.- no existe evidencia de que la monitorización fetal rutinaria tenga un efecto positivo sobre el resultado del embarazo. La monitorización fetal electrónica sólo debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados por su alto riesgo de mortalidad, y en los partos inducidos. Se precisan más estudios sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse de la monitorización fetal. Entre tanto los servicios nacionales de salud deberían de abstenerse de adquirir nuevos equipos. Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.

9.- no está indicado rasurar el vello pubiano o administrar un enema antes del parto.

10.- no se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo. Debe protegerse el periné siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.

11.- la inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10% de inducciones.

12.- durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación)

13.- no está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.

14.- se requieren más estudios para valorar cuál es el mínimo de ropa especial

que deben llevar quienes atienden el parto o al recién nacido.

Siguiendo estas recomendaciones se empezó a considerar la posibilidad de aplicar una atención más integral y holística en la secuencia reproductiva, considerando a la 36 gestante como persona y teniendo en cuenta factores familiares, psicológicos, sociales, ecológicos y espirituales⁹⁶ y valorando su estado emocional, sus valores, creencias y sentido de la dignidad y autonomía durante el parto.

La OMS especificó que la mujer, como persona, tiene derecho a una adecuada atención en el parto, una atención centrada en ella, que incluya su participación activa en la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados, dándole una atención integral y holística.

4.3 Parto humanizado

El concepto de “parto humanizado” se ha prestado a controversias, obedece a un proceso histórico mundial, como una respuesta frente al modelo convencional que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales, la perspectiva de género, ni las recomendaciones sustentadas en el enfoque basado en evidencias y los principios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Ya en el siglo XX, en 1930, El obstetra inglés Grantly Dick-Read acuñó el concepto de parto natural, para referirse a una atención sin anestesia e intervenciones menores. En la misma década, en la ex Unión Soviética, los médicos Nikolaïev y Platonov comenzaron a aplicar a las mujeres en trabajo de parto las técnicas del fisiólogo Iván Pavlov, considerando que las mujeres estaban condicionadas por su cultura a tener dolor durante el parto y vivirlo como una experiencia traumática; por eso había que “limpiar la mente” con un reacondicionamiento, conocido después como psicoprofilaxis. Al inicio de los cuarenta, se describieron las bases fisiológicas de cómo el temor interfiere con el trabajo de parto, al aumentar el dolor y ansiedad. Con estos elementos de base, el médico francés Fernand Lamaze perfeccionó el método psicoprofiláctico, como una alternativa a la intervención médica durante el parto, considerando la respiración y las técnicas de la relajación para mejorar la oxigenación y disminuir el dolor.

El método de Lamaze ganó renombre en los Estados Unidos después de que Marjorie Karmel escribiera sobre su experiencia en 1959 en su libro *Thank You, Dr. Lamaze*. En ese mismo año se creó la Sociedad Americana de Psicoprofilaxis en Obstetricia (ASPO) y en 1960, la Asociación Internacional de Educadoras para el Parto (ICEA). En 1976 se publicó el libro "Por un nacimiento sin violencia", de Frederick Leboyer, que revolucionó la obstetricia y enriqueció el modelo de atención psicoprofiláctica, al describir por primera vez el proceso del parto desde el punto de vista de la persona próxima a nacer, como principal protagonista. La mujer da a luz, el bebé nace. Leboyer reflexiona sobre la violencia intrínseca del nacimiento en el modelo convencional y, para mitigarla, ofrece una serie de claves para un nacimiento sin violencia. En los años ochenta se profundizó en la importancia del apego en la salud física y emocional del binomio madre-hijo con publicaciones como las de los pediatras Marshall Klaus y John Kenell, del gineco-obstetra e investigador francés Michel Odent y del médico David Chamberlain, con descubrimientos científicos sobre la personalidad de la/el recién nacido y su relación con el tipo de atención en el parto.

Con estos aportes, se estudió desde el enfoque pediátrico, la experiencia de separación de la madre, el proceso de respiración de manera natural, el impacto de los cambios de temperatura, la tranquilidad de la madre, el contacto físico piel a piel, la importancia de la escucha de los latidos cardíacos de la madre por el/la bebé, y los aportes de la lactancia temprana y del retraso en el corte del cordón umbilical.

Previamente, el tema de la lactancia materna había empezado también a tomar relevancia con la fundación de la Liga Internacional de la Leche, en 1956, por un grupo de mujeres de Illinois, Estados Unidos, que habían amamantado a sus hijas/os, para ayudar a quienes por diferentes razones a menudo debido a la falta de información o a la presión social, tenían dificultades o dudas sobre cómo amamantar a sus bebés. En 1964 se abrieron grupos en México y, en la actualidad, la Liga se extiende a más de 65 países, atendiendo mensualmente a más de 300,000 mujeres.

En la década de los noventa, se unificó el término “parto humanizado” para referirse al modelo de atención que hace énfasis en el protagonismo de las mujeres, dando prioridad a la toma de decisiones de las mujeres, la posición vertical del parto, el apego inmediato y la lactancia materna. Otros términos utilizados en América latina y Europa son “nacimiento humanizado”, “parto respetado” y “parto digno”.

Existe consenso en llamarle “humanizado” al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia. Se ha insistido también en que el papel del personal de salud y de los recursos materiales en los procesos de atención del parto, debe acotarse a ser los medios e “instrumentos” para lograr lo referido en el párrafo anterior. El proceso fisiológico del parto debe apoyarse para que sea lo más natural posible, sustentado en las recientes investigaciones científicas y en el enfoque basado en evidencias, con intervenciones técnico-medicalizadas solo en respuesta de riesgos y complicaciones.

También se ha acuñado el término de “nacimiento humanizado”, el cual incluye todo el proceso: desde el embarazo hasta el puerperio tardío (no solo el parto), y además da un peso muy importante al impacto que tiene esta atención en la/el bebé recién nacido/a y su desarrollo futuro, considerando sus necesidades de recibir alimento y afecto de manera inmediata, en un contexto de disminución del trauma y la violencia, y bajo el respeto de los derechos humanos.

Existe consenso en considerar que el parto y nacimiento humanizados deben de incluir los siguientes elementos:

- Reconocer a la madre, el padre y su hija/o como los verdaderos protagonistas.
- No interferir rutinariamente este proceso natural; solo se debe intervenir ante una situación de riesgo evidente.
- Reconocer el derecho para la mujer y su pareja, a la educación para el embarazo y parto.
- Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que se desarrolle esta experiencia.
- Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el posparto.
- Brindar atención personalizada y continua en el embarazo, parto y puerperio.
- Favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto (en cuclillas, hincada, sentada, en el agua, o como desee).
- Promover la relación armónica y personalizada entre la pareja y el equipo de salud.
- Respetar la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto (familia, amistades).
- Privilegiar el vínculo inmediato de la madre con su hija/o, evitando someterles a exámenes o a cualquier maniobra de resucitación, que sean innecesarios.

4.4 El apoyo psicoemocional durante todo el trabajo de parto

En la revisión Cochrane titulada “Apoyo continuo para las mujeres durante el parto”, que forma parte de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, se reafirman los beneficios que proporciona el apoyo personalizado continuo para las mujeres durante el trabajo de parto. Más específicamente, la revisión llega a la conclusión de que el apoyo continuo reduce levemente la duración del trabajo de parto, aumenta las probabilidades de parto vaginal espontáneo y reduce de la necesidad de analgesia intraparto. Además, las mujeres que reciben apoyo continuo tienen menos probabilidades de mostrarse insatisfechas con su experiencia de parto. Se ha señalado también que el acompañamiento continuo favorece la detección de complicaciones o signos de alarma de manera temprana, lo cual es un elemento importante para su atención oportuna. Los efectos son también más sólidos cuando el apoyo comienza al inicio del trabajo de parto.

En la misma revisión se señala que los efectos positivos fueron más significativos cuando: no se disponía de otras fuentes de apoyo; no se utilizó anestesia peridural de rutina; el apoyo personalizado fue brindado por una persona que no era empleada del hospital y el apoyo se brindó desde el inicio del trabajo de parto. Estos resultados resultan especialmente relevantes para los países de medianos ingresos, en los que casi todas las mujeres tienen sus partos en hospitales que prestan atención obstétrica altamente medicalizada y no se permite la presencia de acompañantes en la sala de partos. No se registraron efectos negativos del apoyo continuo en ninguno de los 16 estudios clínicos que se incluyen en esta revisión actualizada.

En el mismo estudio se señala también que la persona de apoyo no necesita una capacitación extensa o compleja, pero un requerimiento en los lugares de bajos recursos con salas grandes de preparto y parto es que sea una mujer y que tenga experiencia en partos con alguna capacitación proporcionada por el hospital. En algunos países, puede ser apropiada la presencia de un familiar y en otros países y lugares, en especial donde las mujeres vienen de áreas rurales sin apoyo familiar, las personas legas voluntarias son la opción adecuada. El personal de apoyo no necesita capacitación con destrezas ni tecnología sofisticadas. Su función es apoyar a las mujeres en trabajo de parto y no ayudar al profesional de la salud con la atención del trabajo de parto y del parto. Por lo tanto, la capacitación para el apoyo continuo y social de mujeres en trabajo de parto debería ser de muy bajo costo o con gastos reembolsables, por ejemplo, los gastos de traslado. Generalmente, la elevada satisfacción obtenida de esta experiencia es suficiente para que las personas de apoyo sigan participando.

4.5 La posada de nacimiento

La Organización Mundial de la Salud expresa en sus documentos de recomendaciones que el parto normal no es una enfermedad ni evento quirúrgico, por lo que puede ser atendido en espacios des medicalizados. En todo el mundo, y México no es la excepción, hay movimientos de mujeres que demandan el parto en casa. Dado que en México no existen las condiciones en todo el país para asegurar la seguridad de la madre y bebé en el parto en casa; en conjunto con personal directivo, operativo y grupos de mujeres se propuso la

definición de un espacio donde la mujer estuviera cómoda, “como en su casa” tomando en cuenta las particularidades culturales, pero que se encontrara “segura”, cubierta con el apoyo de un espacio resolutivo.

La Unidad de Posada de Nacimiento surge como resultado de la necesidad de otorgar a la mujer durante su trabajo de parto una atención que tome en cuenta al enfoque basado en evidencias científicas y que responda a las recomendaciones de la OMS, que recomienda la atención del parto con modelos des medicalizados y seguros fuera de los hospitales, así como con personal de salud no necesariamente médico. Con ello se pretende lograr una madre y un niño sanos, con el menor nivel posible de intervención y de la manera más segura. Esta meta implica que en el parto normal debe existir una razón válida para interferir con el proceso natural.

La Unidad de Posada de Nacimiento se define de esta manera como una ampliación de un hospital destinado a ofrecer hospedaje a embarazadas y puérperas (con camas no censables); la atención del parto normal bajo el modelo con enfoque humanizado, intercultural y seguro; la vigilancia del puerperio a las mujeres que lo requieran, así como albergue a sus hijos y/o acompañantes. Se encuentra inspirado en las posadas AME (Albergue de la Mujer Embarazada) y las casas de la mujer del CDI que han incorporado la atención de partos, así como por los resultados de los módulos de medicina y partería tradicional.

La Unidad Médica de Posada de Nacimiento se considera en el documento rector denominado “Modelos de recursos para la planeación de unidades médicas de Desarrollo en Salud, como un anexo funcional del hospital, que debe operar bajo los siguientes criterios:

- El ingreso de las mujeres a la Unidad, se realiza a través del servicio de admisión de toco cirugía del hospital, de manera clasificada, enfoque de riesgo e historia clínica.
- Atención digna y humanizada del parto bajo las recomendaciones de la OMS, en las que la mujer es protagonista de su parto.
- Respetar y aplicar las indicaciones contenidas en la NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.

- Tomar en cuenta la cultura de la región, brindando servicios culturalmente amigables.
- “Acercar la casa al hospital”, de manera que el espacio sea confortable como el hogar y seguro como el hospital, en el cual puedan acompañar familiares, si la mujer está de acuerdo.
- Contar con la posibilidad de la atención inmediata en el hospital en caso de complicaciones, o a través de un servicio de traslado inmediato y referencia operativa funcional.
- Brindar hospedaje y alimentación a mujeres que no requieren hospitalización, pero si vigilancia especializada ambulatoria.
- Respeto a los derechos de las mujeres usuarias tomando en cuenta el artículo primero constitucional que reconoce los derechos humanos definidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que el estado mexicano sea parte, los cuales obligan a la no discriminación de las mujeres, a no ejercer ningún tipo de violencia sobre las mismas y a reconocer a la medicina tradicional realizada por los pueblos indígenas.

El objetivo de la Posada de Nacimiento es brindar a las mujeres en trabajo de parto o que requieran atención ambulatoria especializada durante el embarazo o el puerperio, una alternativa de atención que conjugue el hospedaje con atención, con la oportunidad de atender su parto y/o vigilar el puerperio, en condiciones de seguridad, amigabilidad cultural y confort.

La finalidad de la propuesta de Posada de Nacimiento es la de crear un entorno amigable y seguro, e incrementar la capacidad resolutive de la atención del parto normal (eutócico), descargando al hospital de la atención de estos partos, para concentrar la capacidad hospitalaria en la atención de partos complicados y de emergencias obstétricas.

El criterio principal es mantener a la paciente cerca de un hospital con capacidad resolutive para resolver posibles complicaciones. Como elemento central se pretende humanizar e interculturalizar la atención del parto, lo que incluye el acompañamiento psicoafectivo durante todo el trabajo de parto, la atención en

posiciones verticales, el poder recibir masajes, el apego y lactancia inmediatos al nacimiento, el acompañamiento de un familiar, el respetar su cultura, el permitir la participación de personal técnico y auxiliar, así como de parteras tradicionales reconocidas y certificadas. Se considera también la inclusión de intervenciones que han demostrado ser efectivas y la limitación de aquellas que no poseen evidencias científicas de sus aportes, sobre todo si no cuentan con indicaciones médicas precisas.

Los objetivos específicos de la Posada de Nacimiento se refieren a:

- 1.-Contribuir a la disminución de la mortalidad materno, infantil.
- 2.-Contribuir a disminuir la saturación de los hospitales debida a la atención de partos normales (eutócicos).
- 3.-Disminuir los costos de la atención de los servicios obstétricos, con un modelo no medicalizado.
- 4.-Favorecer el acceso de las mujeres que viven en localidades dispersas a servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio.

4.6 Práctica clínica basada en la evidencia científica

La práctica clínica es el proceso de actuación sanitaria en relación con la atención a la salud de los usuarios. Los componentes de la práctica clínica son los siguientes: los datos, la información clínica, las percepciones, los razonamientos, los juicios y las decisiones de los sanitarios, los procedimientos que utilizan y las intervenciones que aplican. Sin embargo, la práctica clínica no es un fenómeno exacto ni reproducible. Existe gran variabilidad intra e interprofesional respecto a las observaciones, percepciones, razonamientos, intervenciones y estilos de práctica que trae como consecuencia un marco de trabajo con cierto grado de incertidumbre.

Las variaciones en la práctica clínica pueden tener sus orígenes en las características de los pacientes o en las características del sistema sanitario, como por ejemplo en el caso de los recursos humanos, técnicos y financieros de los que se dispone, del número de profesionales sanitarios y no sanitarios, de la disponibilidad en cantidad y calidad de medios técnicos, de la disponibilidad y acceso a pruebas complementarias y de los recursos económicos. También se sabe que existen diferentes “patrones” de práctica clínica. Estos patrones vienen determinados en función de si los profesionales trabajan aislados o en equipo,

con o sin protocolización de actividades, con consultas programadas o no programadas y con ejercicio en el sistema público o privado.

El cambio del modelo tradicional de atención sanitaria, al modelo basado en la práctica asistencial fundamentado en la información, hace que la práctica clínica basada en la evidencia científica sea una realidad. Se puede definir la práctica de la medicina basada en la evidencia como la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible a la hora de tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes. La práctica de la medicina basada en la evidencia, significa integrar la maestría clínica individual con la mejor evidencia disponible en las bases de datos científicas procedente de la investigación válida y fiable. No obstante, la práctica de la medicina basada en la evidencia (MBE) es: “un proceso de aprendizaje autodirigido que dura toda la vida, en el que el cuidado de los propios pacientes crea la necesidad de información clínicamente importante sobre el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y otras cuestiones clínicas y de asistencia sanitaria”. Dicho proceso requiere asumir premisas como que, las decisiones clínicas deben estar basadas en la mejor evidencia científica disponible, identificándola en una base metodológica epidemiológica y bioestadística, se considera que la capacitación de los profesionales de la salud; proceso activo que consiste en adquirir, mantener, renovar, reforzar, actualizar e incrementar los conocimientos, las destrezas y las actitudes que les permitan enfrentar y resolver, o en su caso, contribuir a la mejora de los problemas a fin de preservar y mejorar la competencia y actitudes del personal que ha terminado su instrucción, debe ser permanentemente evaluada, con lo que se requiere que los profesionales realicen cursos de formación continuada.

En la actualidad, ante un problema de salud para el cual no existe evidencia científica disponible, el médico o profesional sanitario correspondiente tiende a basar sus decisiones y su práctica asistencial en su experiencia profesional con lo que la posibilidad de equivocación aumenta. Cabe también destacar que, en ocasiones, la inaccesibilidad a las fuentes de evidencia y/o la falta de destreza en el análisis de la información, la presencia de información incorrecta o tendenciosa, la información no válida o no fiable, las prácticas no contrastadas, las modas, las inercias o las situaciones que se mantienen o se propagan sin un porqué, conllevan a que la probabilidad de error también aumente.

Es necesario explicar que la escasa diseminación de algunas guías o protocolos, pese a encontrarse en los medios profesionales, la pérdida de actualizaciones científicas y el hecho de que la información médica y sanitarias se produzca y renueve de forma permanente, hace que sea difícil tanto el acceso, como el conseguir un seguimiento por parte de los profesionales de toda la información disponible, los profesionales de la salud, para garantizar una atención clínica de calidad, basada en la evidencia científica, tiendan a estar más especializados. Esta especialización se lleva a cabo con la finalidad de que los profesionales conozcan mejor y estén más actualizados en un área del cuerpo humano concreta.

4.7 Control en el trabajo de parto

El término de control tiene una amplia variedad de usos y definiciones puesto que se trata de un vocablo utilizado en diferentes disciplinas. En el caso que nos atañe, la atención al parto, el concepto de control es importante debido a una serie de motivos. En primer lugar, porque el concepto de control durante el parto es utilizado en todo el mundo, por lo que se puede decir que tiene repercusiones internacionales. En segundo lugar, porque el concepto de control se ha vinculado a la satisfacción que las mujeres tienen de la experiencia del parto. En tercer lugar, porque el control se ha relacionado con el cuidado que brindan los proveedores de salud. Por último, porque existe una relación implícita entre el control sentido por parte de las mujeres y los resultados perinatales, hecho que, en última instancia, podrían llegar a afectar a los costes sanitarios. Sin embargo, el control durante el proceso de parto no es conceptualizado de la misma manera por todos los autores. El término control durante el trabajo de parto tiene dos acepciones; “tener el control” y “estar en control”; dividiéndose de ese modo el término de control en externo e interno.

El control externo es aquel que valora lo que se le hace a una persona, y a menudo se equipara con la participación de la persona implicada en la toma de decisiones.

La conceptualización de control externo como la participación en la toma de decisiones, hace que en ocasiones no se cuestione si la participación conduce o no a controlar, o a si algunas mujeres podrían tener un mayor grado de sensación de control abdicando de la toma de decisiones y delegándola en los cuidadores.

Por otro lado, el término control también puede significar control interno, comprendido como el control que la mujer tiene de su propio cuerpo y de su comportamiento. Slade remarcó como control interno la capacidad del individuo de controlar el pánico o miedo y propuso mecanismos para ello como son: la eficacia de la respiración, la relajación y de los ejercicios en la atención a la asistencia al nacimiento.

hoy en día, existen cuestionarios para valorar el miedo durante el parto. El miedo que las mujeres tienen durante el proceso de nacimiento es un importante problema de salud para las ellas, que puede prevenirse mediante una adecuada atención en el trabajo de parto que mejore las percepciones que las mujeres tienen de control y apoyo. Además, Slade, mediante un artículo publicado en 2006, proporcionó una síntesis de los conocimientos sobre los síntomas del estrés postraumático después del parto. Dicho autor presentó un marco conceptual bidimensional para entender el desarrollo de síntomas basados en factores predisponentes (pre-embarazo y embarazo), precipitantes (perinatales) y de mantenimiento (postnatal), que se relacionan con factores internos (que se encuentra dentro del propio individuo) y con factores interrelacionales.

4.8 El manejo del dolor durante el trabajo de parto

El dolor es una experiencia humana universal, y uno de los motivos más frecuentes de solicitud de cuidados por parte de la población. El dolor durante el trabajo de parto, y el alivio del mismo, ha sido un aspecto importante en la atención al nacimiento a lo largo de la historia. En numerosas ocasiones, el dolor del trabajo de parto y parto supone el evento más doloroso que ha experimentado, hasta ese momento, una mujer, hecho que implica una experiencia psicológica profunda, la cual pone a prueba su feminidad y competencias personales como parturienta limitando, en algunos casos, el control que la mujer tiene sobre su propia fisiología.

Los dolores del parto están provocados, principalmente, por las contracciones de los músculos uterinos y en cierta medida por la presión que ejerce el bebé sobre el cuello del útero. Además, se ha observado que el dolor vinculado al parto afecta en mayor o menor grado a todas las mujeres y se asocia con modificaciones bioquímicas y fisiológicas de la madre y el feto, que interactúan interfiriendo con la evolución normal del trabajo de parto. De igual modo, el dolor

del trabajo de parto produce diversos cambios en los sistemas cardiovascular, respiratorio y gastrointestinal, así como en el estado ácido-base maternos y fetales, causando también trastornos psicológicos, físicos y bioquímicos.

La percepción de las mujeres sobre la maternidad ha ido evolucionando en función de los acontecimientos históricos y de los avances científicos y sociales. La actitud de las mujeres ante el dolor y el nacimiento se ha visto que depende de diferentes aspectos; biológicos, evolutivos, familiares, sociales, culturales y cognitivos. En el caso concreto de la cultura occidental, la religión cristiana, introdujo la visión del dolor del parto como castigo por el pecado original, provocando que el parto fuera conceptualizado como un proceso doloroso y que el intento de remediar el dolor se considerase pecado.

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, como se ha mencionado, el parto comienza a abordarse como un proceso que requiere asistencia médica. Durante ese siglo, un médico escocés James Simpson empezó a hacer uso de agentes anestésicos en la obstetricia utilizando éter dietílico para eliminar el dolor en el parto de una mujer con pelvis deforme. No obstante, este hecho no fue bien aceptado por la iglesia católica al considerar que la ausencia de dolor era contraria al mandato bíblico del Génesis 3:16: "Multiplicaré tus dolores en el parto: y darás a luz a tus hijos con dolor". Sin embargo, y pese a las dificultades iniciales del uso de anestésicos durante el parto, éstos empezaron a instaurarse. En el inicio y generalización de la instauración del uso de anestésicos durante la asistencia al parto, tuvo un papel importante el hecho de la aplicación por parte de John Snow de cloroformo durante el parto de la Reina Victoria de Inglaterra en 1857. Desde ese momento, poco a poco, se ha ido implantando, de manera, global el uso de anestésicos y analgésicos durante la asistencia al parto, apareciendo diferentes técnicas para aliviar el dolor durante el trabajo de parto, todas ellas con el objetivo de mejorar las molestias de este proceso, garantizando el bienestar de la mujer y del feto.

Las prácticas sanitarias y técnicas encaminadas a la reducción del dolor que acompaña a las contracciones uterinas, aplicadas por parte de los profesionales migración o rotura del catéter epidural, parestesias, canalización de una vena epidural durante el procedimiento, cefalea post punción DURAL, hematoma epidural, subdural o subaracnoideo, absceso epidural, síndrome de la arteria espinal, aracnoiditis adhesiva, síndrome de la cola de caballo, meningitis

aséptica o séptica y neumo encéfalo. La falla de la analgesia epidural también se considera como una complicación. Asimismo, algún estudio observacional ha relacionado efectos sobre la vía de parto con el uso de la analgesia epidural, mostrando que las mujeres que eligen analgesia epidural durante el trabajo de parto presentan mayores incidencias de parto instrumentado y cesárea en comparación a aquellas que escogieron otros medios métodos analgésicos de alivio del dolor (por ejemplo, la vía parenteral), describiendo de ese modo una fuerte asociación entre anestesia neuro axial y parto quirúrgico.

Por todo lo mencionado, cobra una importante relevancia la necesidad de informar a la mujer, y de recordar el derecho que la futura madre posee de decidir si quiere o no aliviar su dolor mediante este método, cuando llegue el momento de traer al mundo a su bebé. Para esa toma autónoma de decisiones, se hace necesario el proporcionar a la usuaria información correcta y la obtención del consentimiento informado de la mujer previa realización del procedimiento analgésico epidural.

anestésico local, punción DURAL no intencional, dolor lumbar, prurito, náuseas y vómitos, retención urinaria, bloqueo motor extenso, bloqueo muy prolongado, sanitarios, suele desvalorizar los recursos de autogestión o autocontrol que la mujer posee. El alivio estandarizado del dolor que tiene lugar en los centros sanitarios, en algunas ocasiones, llega a provocar que la mujer deje en manos de los profesionales de la salud, de los expertos, de los que tienen el saber, la adquisición del poder y el control de la situación.

Con el tratamiento estandarizado de la reducción del dolor en el parto, se desvalorizan los recursos de autogestión de la mujer y se facilita el control de los profesionales sobre el cuerpo de ésta. De ese modo, en los últimos tiempos, los “dolores de parto” han pasado a ser considerados un mal fisiológico del que sólo la medicina y los profesionales sanitarios pueden liberar a la mujer parturienta. Sin embargo, hay que destacar que el mecanismo de alivio del dolor que se utiliza durante el trabajo de parto y el parto condiciona los cuidados que se proporcionan durante la asistencia al nacimiento, determinando de ese modo el modelo de atención asistencial. Se puede afirmar pues, que el alivio del dolor durante la asistencia al nacimiento también tiene implicaciones durante el proceso asistencial. El procurar el alivio del dolor, considerado como indeseable

durante el parto, junto al concepto de riesgo potencial que se asocia en la actualidad a los procesos de embarazo y parto, constituyen elementos fundamentales en la justificación de la medicalización de la asistencia al nacimiento. Pero una vez que el trabajo de parto comienza, es muy común y perfectamente comprensible que la mujer cambie de opinión y pida que se le proporcione algún tipo de alivio con las mínimas consecuencias negativas posibles para ella y su bebé. Es por ello que, en numerosas ocasiones, las mujeres deciden liberarse del dolor que el trabajo de parto y parto conlleva. No obstante, es cierto que, en algunas ocasiones, no todas las parturientas conocen las implicaciones que se asocian a las decisiones que toman en lo que a método de alivio de dolor se refiere.

Durante el trabajo de parto, y a pesar de tener una relación riesgo-beneficio favorable, es preciso recordar que la realización de la anestesia epidural no es una técnica inocua. Entre las posibles complicaciones derivadas del uso de la analgesia epidural se encuentran las siguientes:

inyección intravascular del migración o rotura del catéter epidural, parestesias, canalización de una vena epidural durante el procedimiento, cefalea post punción DURAL, hematoma epidural, subdural o subaracnoideo, absceso epidural, síndrome de la arteria espinal, aracnoiditis adhesiva, síndrome de la cola de caballo, meningitis aséptica o séptica y neumocéfalo. La falla de la analgesia epidural también se considera como una complicación. Asimismo, algún estudio observacional ha relacionado efectos sobre la vía de parto con el uso de la analgesia epidural, mostrando que las mujeres que eligen analgesia epidural durante el trabajo de parto presentan mayores incidencias de parto instrumentado y cesárea en comparación a aquellas que escogieron otros medios métodos analgésicos de alivio del dolor (por ejemplo, la vía parenteral), describiendo de ese modo una fuerte asociación entre anestesia neuro axial y parto quirúrgico.

Por todo lo mencionado, cobra una importante relevancia la necesidad de informar a la mujer, y de recordar el derecho que la futura madre posee de decidir si quiere o no aliviar su dolor mediante este método, cuando llegue el momento de traer al mundo a su bebé. Para esa toma autónoma de decisiones, se hace necesario el proporcionar a la usuaria información correcta y la obtención del

consentimiento informado de la mujer previa realización del procedimiento analgésico epidural.

4.9 El acompañamiento en el trabajo de parto

La necesidad de que la mujer esté acompañada durante el trabajo de parto y parto no es nueva. A lo largo de la historia ha sido habitual encontrar a mujeres que se dedicaban a acompañar a otras en este proceso.

Según Klaus et al. Desde mediados de siglo XIX el acompañamiento en el trabajo de parto se convirtió en un hecho excepcional en lugar de habitual. Esto ha repercutido en que disminuyera la satisfacción de las mujeres con la atención recibida, a pesar de que el acompañamiento continuo por parte de los profesionales es un elemento clave en el proceso de humanización, al crear un ambiente de seguridad y confianza,

Durante años, la asistencia al parto en los hospitales provocó que las mujeres quedaran aisladas del apoyo de sus familiares y amigos. Pero, a partir de las recomendaciones de la OMS, en las que, como hemos visto, se remarca la importancia de facilitar la presencia de un compañero elegido por la usuaria durante la asistencia al nacimiento, algunos estudios han revelado que el apoyo brindado por parte de la pareja, de un familiar femenino o de una o “doula”:

mujeres, en su mayoría madres, que acompañan a otras mujeres durante el proceso de nacimiento, han mejorado la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto, al aumentar la comodidad emocional y al disminuir la ansiedad de éstas.

Algunos autores como Lundgren y Dahlberg plantean que la relación que se establece entre la mujer y la matrona, es el factor clave de un buen apoyo durante el proceso de parto. Sin embargo, una revisión Cochrane destaca que para las mujeres es importante el estar acompañadas por miembros de la familia o amigos cercanos. Las mujeres suelen elegir ser acompañadas por individuos con los que tienen contacto en el día a día, puesto que necesitan apoyo individualizado, comodidad, sensación de control y de unión familiar.

A pesar de que las ventajas y desventajas de tener varios acompañantes durante el proceso de parto no se conocen bien, algunos autores sí que han descrito que puede existir conflicto entre la visión de las mujeres y la de los profesionales

sanitarios. Asimismo, algunos profesionales explican que el hecho de que la mujer tenga varios acompañantes en el lugar donde se lleva a cabo la dilatación y el parto puede aumentar la carga de trabajo, dificultando de ese modo el poder proporcionar una buena atención a la parturienta.

5.Satisfacción de las mujeres en relación a la atención recibida.

5.1.- Satisfacción en la asistencia hospitalaria.

La asistencia sanitaria se mide mediante la eficacia, la eficiencia y en términos de experiencia del individuo como usuario del servicio de salud. La experiencia de los usuarios está condicionada por el dolor, la autonomía, la sensación de bienestar físico y mental, y la satisfacción con los resultados obtenidos.

La expresión de la percepción y la valoración de los servicios por parte de los usuarios sirve para fomentar la participación de éstos en su proceso de salud.

Es importante remarcar, que las experiencias de los pacientes son utilizadas de manera internacional como un indicador de la calidad de los sistemas de salud. La satisfacción es la medida de resultado más frecuentemente reportada para medir la calidad de la atención y, además, la satisfacción del paciente es utilizada por los proveedores de salud; los administradores y los encargados de formular políticas, para evaluar la calidad de la atención, la tomar decisiones sobre la organización, la prestación de servicios de atención de salud y para evitar litigios por negligencias profesionales.

Sin embargo, el concepto de satisfacción en la atención sanitaria es amplio y complejo, por lo que no resulta sencillo definir, e incluso en opinión de algunos investigadores no se encuentra bien definido a pesar de las investigaciones realizadas.

Linder-Pelz y Struening, en su definición de satisfacción, remarcaron que se compone de "múltiples evaluaciones de los distintos aspectos de la asistencia sanitaria que se determinan por percepciones, actitudes y procesos de comparación" poniendo de ese modo de manifiesto la naturaleza multidimensional de la satisfacción. Además, la mayoría de los estudios sobre la satisfacción de las personas se basa en las teorías de cumplimiento o discrepancia. Las teorías de cumplimiento afirman que la satisfacción de una

persona está determinada por el resultado de la experiencia, considerando las expectativas anteriores como no importantes, mientras que las teorías de discrepancia, argumentan que la satisfacción de una persona está determinada por las diferencias entre lo que se espera y lo que realmente sucede.

Weisman y Koch explicaron que la satisfacción del paciente solamente es medible mediante la interacción directa, por lo que muchas encuestas de satisfacción han sido específicamente diseñadas para cada servicio de salud.

Las encuestas son el método más común para evaluar las experiencias individuales de la atención, y a pesar de que no siempre se han realizado con el rigor metodológico necesario, son herramientas necesarias para acceder a las opiniones de las personas y poder llegar a formar parte de la evaluación de la calidad de la atención y de la planificación de los servicios. No obstante, sorprende que, pese a conocerse que la satisfacción con la asistencia recibida tiene carácter multidimensional, muchas encuestas elaboradas para medirla, utilizan un único elemento de evaluación. Asimismo, las encuestas sobre la satisfacción con los servicios de maternidad han sido criticadas por no haber estado desarrolladas sobre bases teóricas. Sitzia y Wood sostienen que las cuestiones conceptuales y teóricas deben sustentar el diseño y la estructura de una metodología.

Las herramientas diseñadas para medir satisfacción se han criticado por estar mal construidas junto con tener malas propiedades psicométricas, incluyendo la fiabilidad y validez.

5.2 Satisfacción en la asistencia al parto

La satisfacción con la asistencia sanitaria se asocia con calidad de vida, con la adhesión de los pacientes al tratamiento médico o con mejoras en los estados de salud. Por el contrario, la insatisfacción durante el trabajo de parto y parto se relaciona con una peor adaptación psicológica después del parto, una mayor tasa de abortos futuros, la preferencia de parto por cesárea y sentimientos negativos hacia la lactancia. En el campo de la obstetricia, la satisfacción materna después del parto tiene consecuencias en la salud de la madre y del recién nacido, por lo que su medición aporta un resultado valioso para mejorar la calidad de la atención recibida.

Muchos autores relacionan satisfacción con el cumplimiento de las expectativas

de las mujeres en la atención. Algunos investigadores han estudiado específicamente los elementos constituyentes del concepto de satisfacción en el parto. Hodnett, identifica, como elementos fundamentales para la satisfacción con la experiencia vivida las expectativas personales de las gestantes, la participación de la mujer en la toma de decisiones y el apoyo y la calidad de la relación con los profesionales sanitarios. En esta misma dirección se encuentra la definición de Christiaens et al. que definen satisfacción como un concepto multidimensional influido por una gran variedad de factores, de manera que una mujer puede estar satisfecha con unos aspectos del parto e insatisfecha con otros. Además, identifica cuatro factores determinantes: el manejo del dolor en el trabajo de parto, el autocontrol, la autoeficacia y la expectativa del parto. Las mujeres durante el embarazo desarrollan ideas y expectativas sobre sus trabajos de partos y partos, y esas expectativas pueden afectar a cómo las mujeres responden a sus experiencias postnatales. Existe evidencia de que las expectativas que las mujeres elaboran durante el embarazo están vinculadas a cómo posteriormente evalúan la experiencia. Una vivencia positiva del parto puede tener implicaciones en la satisfacción de un embarazo posterior, dado que se ha observado que las mujeres tienen más probabilidad de tener expectativas positivas en el próximo parto.

La mayoría de los indicadores están enfocados a medir la eficiencia y calidad científico técnica de las prácticas sanitarias, también se han desarrollado algunos indicadores de satisfacción, que ayudan a valorar la dimensión de la calidad percibida por la usuaria. Actualmente el concepto de satisfacción con la vivencia del parto y con la atención sanitaria recibida durante este proceso, es un indicador importante de la calidad de la asistencia en la maternidad.

Es difícil medir la calidad percibida y la satisfacción con la atención sanitaria, dado a que, como se ha comentado con anterioridad, las mujeres construyen su experiencia del parto de manera diferente dependiendo de múltiples factores emocionales, sociales y psicológicos. Pero, la base de cualquier cambio en los servicios de maternidad debe reconocer la importancia de apoyar a la mujer y de que ésta se sienta satisfecha con la vivencia del proceso de nacimiento.

La autoestima y la autonomía pueden verse afectadas por el apoyo que una madre recibe, por cómo ésta se prepara para el parto, y por cómo la mujer realiza la aceptación de sus sentimientos antes, durante y después del nacimiento. El

tener una experiencia de maternidad positiva puede mejorar la interacción con el bebé, lo que podría conllevar a una base sólida para la salud de la familia a largo plazo. Sin embargo, la satisfacción en un evento cambiante en la vida y los resultados de satisfacción positivos con el parto, están expuestos a una variedad de factores individuales y ambientales que deben tenerse en cuenta en cualquier evaluación.

La Escuela de Salud de la Universidad de Glasgow, Caledoniana, desarrolló una escala de satisfacción en el nacimiento, la cual pone de manifiesto que existen tres pilares fundamentales que influyen en la percepción de las mujeres, que son: la prestación de servicios (evaluación de las instalaciones, el medio ambiente del nacimiento, el apoyo, las relaciones con los profesionales de la salud), los atributos personales (capacidad de afrontar el parto, autocontrol) y el estrés experimentado durante el parto (angustia, lesiones obstétricas, percepción de la atención médica suficiente, intervenciones obstétricas, dolor, trabajo de parto prolongado y la salud del bebé). Cuando los proveedores de Salud Materno infantil apoyan el valor personal de las mujeres, usan la comunicación y las hacen copartícipes en las experiencias del nacimiento, las mujeres sienten que su dignidad es respetada y se traduce en unos mejores resultados y en un aumento de su satisfacción.

Por otro lado, Goberna et al., identificaron tres elementos principales que las mujeres perciben como esenciales para unos cuidados satisfactorios y de calidad: La seguridad que da el entorno hospitalario, la dimensión humana que se establece entre los profesionales y las gestantes y, por último, los aspectos estructurales. También cabe destacar que varios investigadores han puesto de relieve factores que están asociados a la satisfacción materna además de las características demográficas; el dolor y su alivio, el autocontrol, la autoeficacia, las expectativas previas, el apoyo de la pareja, y el contacto inmediato con el recién nacido

Se han creado varios cuestionarios y escalas en diferentes idiomas para medir la satisfacción. Pero a pesar de ello, y tal como ya se ha comentado con anterioridad, las encuestas de satisfacción con los servicios de maternidad han sido criticadas por no estar desarrolladas sobre bases teóricas. A pesar de que no existe una revisión de todos los cuestionarios utilizados para medir la satisfacción con la atención durante el parto y el nacimiento, la satisfacción de

las mujeres con los servicios de maternidad, especialmente durante este proceso, es cada vez más importante para los proveedores de salud, administradores y encargados de formular políticas sanitarias. Por ese motivo, se han elaborado distintos y variados cuestionarios diseñados para medir la satisfacción de las mujeres con el parto. Sin embargo, para evaluar la satisfacción con los servicios de salud es imprescindible que se utilicen medidas fiables y válidas. Es por esa esa razón, por la que se precisan medidas psicométricamente sólidas para evaluar adecuadamente la satisfacción con la atención durante el trabajo de parto y el parto.

5.3.- Por un embarazo saludable

El siguiente comunicado fue enviado por la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología en manos del Dr. Antonio Peralta Sánchez. psicólogo a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se expresa en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano.

Desde ninguna perspectiva los médicos que nos dedicamos a atender a las mujeres embarazadas podemos aceptar el concepto de “violencia obstétrica”.

Estamos ciertos y aplaudimos todas las acciones en beneficio de las mujeres, el buscar espacios 100% libres de violencia, el mitigar el feminicidio, el cancelar el acoso sexual, el enfrentar el abuso y violación sexuales que son dolorosamente reiterados.

Compartimos como médicos que la salud es un derecho humano entendido como el estado completo de bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad:

- Que el acceso a los servicios de salud debe ser universal y con infraestructura tanto física como humana completa y asequible.
- Que exista calidad científica y calidez humana en los prestadores de servicios de atención a la salud
- Que el estado cumpla con su obligación de eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer
- Que se activen programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, y agregamos que existan insumos y equipamiento necesarios.
- Que se promuevan la atención respetuosa y digna con todas las pacientes, aplicando lo mejor de nuestro saber y hacer

No es ético ni justo el definir a la violencia obstétrica desde la cámara de diputados en su propuesta del 28 de noviembre del 2019 del compromiso hacia espacio 100% libre de violencia obstétrica en instituciones públicas de salud como:

“aquella que se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal de salud que cause un daño físico o degradante, o un abuso de medicación, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada dichos procesos reproductivos”.

Porque descalifica a priori a los miles de médicos obstetras que cotidianamente atienden con esmero a miles de mujeres en este milagro de vida; porque desde el punto de vista semántico violencia significa: “uso de la fuerza para conseguir un fin, para dominar a alguien o imponer algo, y desde ninguna perspectiva es aceptable que se trate de acciones deliberadas para dañar o lastimar en los vasos que así hayan sucedido.

La Federación Mexicana de Colegio de Obstetricia y Ginecología, (FEMECOG) que se agrupa a más de 5 mil médicos especialistas en todo el país, puntualiza su rechazo al termino de violencia obstétrica, y expresamos que nuestro que hacer de todos los días está plasmado en las guías y normas de práctica clínica, en la capacitación y recapacitación constante, aun en condiciones severamente limitadas por carencias en la infraestructura institucional.

Los ginecólogos somos los primeros que levantamos la mano en hacer valer siempre los derechos de las mujeres, son nuestras pacientes y siempre somos sus confidentes. Celebramos con ellas cuando ayudamos al milagro de la vida y sufrimos cuando las complicaciones aparecen.

Una de las experiencias más desastrosas en nuestro ejercicio es la muerte materna (MM), y sabedores de que debemos prepararnos cada vez más, desde el año 2009 a través de un documento de alto compromiso entre todas las agrupaciones que representamos, hemos diseñado en forma constante capacitación precisa en las dos causas de muerte materna: hemorragia y su manejo a tiempo y puntual, y los problemas hipertensivos de la mujer embarazada.

La tasa de MM en 1990 era de 88.7, ya ahora en la primera quincena de noviembre del 2019 es de 31.2, es decir de más de dos mil MM se ha reducido

a menos de 600.

Claro está que nuestro rol ha sido colaborativo, pero si estamos seguros de que en todos los eventos académicos de nuestra especialidad existen siempre tópicos para capacitarnos con frecuencia creciente en estos problemas.

Nuestra federación ve con mucha claridad sus objetivos siempre en beneficio de las mujeres, creemos que nos urge lazos de unión con todos los grupos que luchan por el bienestar de la mujer gestante y estaremos siempre abiertos al dialogo, porque resulta que todos navegamos en el mismo barco.

5.4 Respeto del principio de autonomía del paciente

El término “bioética” fue utilizado por Van Rensselaer Potter para referirse a los problemas surgidos a partir del desarrollo vertiginoso de la ciencia y la tecnología. Los principios éticos deben regir el que hacer de los profesionales de la salud y de los investigadores en general, principios universales e históricos que deben aplicarse en todo momento y que son de obligado cumplimiento para los profesionales de la salud. Beauchamp y Childress, en 1978, propusieron cuatro principios bioéticos que han contado con una amplia aceptación en los entornos sanitarios: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

El respeto a la autonomía comienza con el reconocimiento del derecho legítimo y la capacidad del individuo para tomar decisiones personales, y el derecho de las personas a tomar decisiones relativas a la salud surge de la aplicación en la práctica clínica del pensamiento liberal que formula que la persona autónoma; es aquella capaz de razonar de forma objetiva e independiente. Somos autónomo no solo porque somos humanos, sino para ser más humanos. El respeto al principio de autonomía se lleva a cabo, fundamentalmente, a través del ejercicio del consentimiento libre (sin restricciones o presiones indebidas) e informado (después de proveerse la información apropiada a la acción propuesta). La persona puede cambiar su opinión en cuanto al consentimiento en cualquier momento.

El derecho a retirar su consentimiento se encuentra consagrado en el artículo 5 del Convenio sobre los Derechos Humanos y Biomedicina.

El respeto al principio de autonomía constituye el núcleo central en el respeto a la toma de decisiones. Beauchamp y Childress definen autonomía como “la

capacidad de autogobierno que posee la propia persona y que incluye la comprensión, el razonamiento, la reflexión y la elección independiente”. El principio de autonomía obliga al profesional sanitario a respetar los valores y creencias del usuario, considerando las perspectivas que estos tienen sobre sus intereses y utilizando únicamente estrategias clínicas autorizadas, por parte del paciente, como resultado de un proceso de consentimiento informado. El consentimiento informado permite garantizar la autonomía, la autodeterminación y el respeto a los individuos involucrados en el proceso de investigación científica o que reciben atención médica. Ante un paciente adulto y competente, los componentes analíticos del consentimiento informado pueden agruparse, de acuerdo con Beauchamp y Childress, en dos momentos fundamentales: el informativo y el de consentimiento.

La información previa al consentimiento es un factor esencial para el ejercicio del principio de autonomía. Para que una persona pueda tomar decisiones informadas, debe tener acceso a información apropiada en términos de contenido y forma. Esta información debe ser lo más completa posible. Los pacientes deben ser informados de los objetivos, riesgos y beneficios previstos del tratamiento o proceso de salud. Por tanto, el componente informativo consiste en dar la información adecuada, verdadera, y basada en conocimientos científicos y técnicos que el profesional debe explicar al paciente. Para ello es fundamental que el profesional conozca la mejor evidencia científica disponible en cuanto a las diferentes prácticas, que en el caso que nos atañe, sería conocer la mejor evidencia sobre las diferentes prácticas obstétricas. Asimismo, el profesional sanitario, según el principio de beneficencia, debe presentar la información fundamentada en los datos científicos. Además, la información proporcionada por el profesional debe ser correctamente comprendida por parte del usuario, en este caso la mujer, para que ésta pueda formular su consentimiento o rechazo.

El modo y la forma en que se subministra la información son importantes y deben adaptarse a la persona interesada para que la información sea realmente entendida. La calidad del diálogo entre los profesionales sanitarios y el usuario es un elemento esencial de los derechos del paciente, cabe remarcar que, entre la información proporcionada y la decisión tomada debe existir una comprensión de la información. La transmisión de la información suficiente y comprensible es

básica para que el usuario; en nuestro caso la mujer, pueda tomar una decisión fundamentada en sus propios valores.

5.5 Del paternalismo a la autonomía de la usuaria

El modelo de relación clínica predominante a lo largo de la historia ha sido el paternalismo, que consiste en que el profesional sanitario, habitualmente el médico decida sobre lo que le conviene al enfermo, sin tomarlo en consideración, con la finalidad de hacerle un bien (principio de beneficencia) o de protegerlo (principio de no maleficencia) pero limitando de forma intencionada la autonomía o libertad de decisión de este.

En ese modelo de relación asistencial, el vínculo que se establece entre el médico y el paciente es una relación de obediencia y sumisión, puesto que se considera a la persona usuaria del sistema de salud como incapaz de tomar decisiones prudentes sobre su cuerpo e incluso sobre su propia vida. En el modelo paternalista la responsabilidad de la toma de decisiones recae sobre el profesional sanitario. El médico o sanitario actúa como tutor o guardián del paciente, determinando lo que es mejor para éste sin que la participación de la persona sea necesaria, asumiéndose de ese modo que las preferencias del usuario coinciden con las del profesional. En este modelo, la actuación de buena fe y en beneficio del paciente se da por supuesta. Desde la perspectiva del modelo paternalista se busca el beneficio del paciente, pero se les trata como si fueran menores morales. En este modelo, la vulnerabilidad cobra protagonismo dado que la persona necesita asistencia y cuidados.

La vulnerabilidad avala las relaciones paternalistas; se trata de una condición permanente asociada al paternalismo y a la sobreprotección. Las mujeres embarazadas pueden llegar a pertenecer a los grupos vulnerables tanto por ser mujeres, como gestantes, lo que explicaría por qué las mujeres durante años no han tenido control sobre los diferentes momentos de la vida reproductiva; anticoncepción, embarazo, parto y climaterio.

Frente al paternalismo, en los últimos años se han formulado modelos de relación asistencial que promueven la autonomía del paciente. La mejor manera de responder ante la vulnerabilidad y ante el tradicional paternalismo o la sobreprotección es intentar promocionar la autonomía. Pero la autonomía puede ser fomentada desde diferentes modelos de relación asistencial. En el modelo

informativo la autonomía del paciente se convierte en un aspecto prioritario de la relación la usuaria toma el control de las decisiones convirtiéndose en guardián de su propia salud. La función del sanitario se limita a informar de los riesgos y beneficios de los diferentes procedimientos y a llevar a cabo la intervención que el usuario, en nuestro caso la usuaria, escoge.

De ese modo la autonomía adquiere fuerza y la consideración de vulnerabilidad del usuario tiende a desaparecer. En este modelo, la autonomía y la vulnerabilidad se presentan como conceptos excluyentes.

Por otro lado, encontramos el modelo deliberativo en el que el diálogo tiene un papel fundamental. La función del sanitario no está limitada a informar y ejecutar el profesional hace recomendaciones y guía al usuario a través de su conocimiento y su experiencia, tras una comprensión adecuada de los objetivos y valores de cada persona.

El profesional también puede llegar a intentar persuadir, de modo respetuoso, si la decisión del usuario no es conveniente para él.

La persuasión no es contraria a la autonomía, en cambio si lo es la coacción o la imposición y el cuestionamiento. Además, el usuario debe hacer saber al profesional cuáles son sus miedos, sus expectativas y sus deseos. Los valores de las personas no se asumen como algo fijo e incuestionable, como presupone el modelo informativo sino como valores cambiantes, dinámicos, sujetos a reconsideraciones, por ello el diálogo y la deliberación son factores esenciales en la toma de decisiones Se puede afirmar que la relación asistencial parte de estructuras de poder desigual con el objetivo de aumentar la autonomía y el empoderamiento del usuario. Finalmente es el usuario quien decide a partir de sus propios valores e intereses, y de la información, opinión y recomendación del sanitario. La autonomía en el modelo deliberativo es considerada una autonomía relacional que varía en función de diferentes variables como el género, edad, estado de salud la vulnerabilidad es también una cuestión de grados.

Sobre protección es intentar promocionar la autonomía. Pero la autonomía puede ser fomentada desde diferentes modelos de relación asistencial. En el modelo informativo la autonomía del paciente se convierte en un aspecto prioritario de la relación, la usuaria toma el control de las decisiones convirtiéndose en guardián de su propia salud. La función del sanitario se limita

a informar de los riesgos y beneficios de los diferentes procedimientos y a llevar a cabo la intervención que el usuario, en nuestro caso la usuaria, escoge. De ese modo la autonomía adquiere fuerza y la consideración de vulnerabilidad del usuario tiende a desaparecer. En este modelo, la autonomía y la vulnerabilidad se presentan como conceptos excluyentes.

Todos somos individuos vulnerables y dependientes en diferentes niveles y momentos de nuestras vidas, sin que implique negar que los más vulnerables necesiten una protección especial. Una gestante puede sentirse vulnerable si la información que se le proporciona no es adecuada, o si el consentimiento informado o plan de parto o nacimiento, no es comprendido como un proceso sino como un acto puntual en que el sanitario se limita a explicar las opciones y riesgos, o ante una hipotética situación en que hay un conflicto de intereses con el sanitario. No se trata de imponer decisiones sino, de empoderar a la usuaria y promover su autonomía mediante un ejercicio comunicativo.

A partir del siglo XVIII y debido al inicio del reconocimiento de los derechos civiles, los ciudadanos comienzan a disponer de libertad, adquiriendo de ese modo el derecho a tener libertad de conciencia y por tanto posibilidad de pensar y opinar según sus creencias la moral pasa a dejar de estar determinado por la naturaleza a estar en manos de la razón apareciendo de ese modo el reconocimiento de que existen diferentes creencias y modos de valorar. Pueden repercutir en cómo esta experiencia sea vivida el reconocimiento de la vulnerabilidad y la dependencia debe ir acompañado de un intento de fomento de la autonomía para, de ese modo, evitar actitudes paternalistas.

5.6 El plan de parto o nacimiento

El concepto de plan de parto o nacimiento fue presentado por Sheila Kitzinger en 1980 como una herramienta diseñada para proporcionar a las mujeres información para adquirir una conciencia crítica del proceso del parto, para tomar decisiones informadas, para sopesar pros y contras de las diferentes prácticas de atención al parto, y para estructurar planes realistas para el nacimiento.

A partir de su presentación, los países anglosajones se hicieron eco de ese nuevo documento y comenzaron a utilizarlo para exigir partos con la menor intervención médica posible con los años el uso del plan de parto o nacimiento se ha estandarizado los planes de nacimiento se han propuesto como una

estrategia para combatir la creciente medicalización y mejorar la autonomía de las mujeres durante el parto.

Actualmente el plan de parto o nacimiento es un instrumento que permite a la usuaria familiarizarse con las opciones disponibles para el parto.

Este plan es un documento legal, tiene el propósito de actuar como herramienta de comunicación para que las mujeres puedan expresar por escrito sus preferencias, necesidades y expectativas en relación con la atención que desean recibir mediante el plan de parto o nacimiento se procura evitar tener que expresar durante el parto, momento de vulnerabilidad emocional y física, los deseos de la usuaria, puesto que ya han sido escritos con anterioridad.

HOSPITAL: _____ 

HOJA DE REGISTRO HOSPITALARIA SOBRE PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

Nombre: _____
 N° Historia clínica / N° Seguridad Social: _____

Desea estar acompañada por: _____

ATENCIÓN AL PARTO

Desea usar su propia ropa <input type="checkbox"/>	No desea canalización IV rutinaria <input type="checkbox"/>
Elección del lugar y posición durante el parto _____	Uso de material de apoyo para el parto: Del centro <input type="checkbox"/> Propio (Especificar) _____ <input type="checkbox"/>
Participación del acompañante/pareja: Desea su participación <input type="checkbox"/> No desea participación <input type="checkbox"/>	Necesidades específicas en caso de discapacidad: _____
No desea analgesia farmacológica <input type="checkbox"/> Desea analgesia epidural <input type="checkbox"/> Desea otros tipos de analgesia <input type="checkbox"/> Especificar: _____	Desea que su pareja corte el cordón <input type="checkbox"/> Ha autorizado la donación de cordón <input type="checkbox"/>

MULTICULTURALIDAD E INMIGRACIÓN

Idioma principal: _____ Otros idiomas que domina: _____	Requerimientos específicos: _____
Solicita traducción <input type="checkbox"/> Aporta traductor/a <input type="checkbox"/>	

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

Profilaxis Vitamina K IM <input type="checkbox"/> Vacuna Hep. B <input type="checkbox"/> _____	Preferencias sobre el contacto piel con piel y participación del acompañante: _____
Lactancia Desea dar el pecho <input type="checkbox"/> No desea dar el pecho <input type="checkbox"/> Desea contacto con grupos de apoyo <input type="checkbox"/>	Desea realizar cuidados e higiene <input type="checkbox"/> Desea la colaboración de su pareja <input type="checkbox"/> Desea que su pareja realice los cuidados <input type="checkbox"/>

Observaciones e indicaciones recogidas en el Plan de Parto y Nacimiento o expresadas por la gestante, no recogidas en la tabla anterior:

Observaciones de la matrona que revisa y registra el Plan de Parto y Nacimiento:

Indicaciones para la cumplimentación de este registro:

- Pregunte al ingreso de la gestante si ha realizado un Plan de Parto y Nacimiento.
- Revise junto con la mujer y su pareja o acompañante los aspectos recogidos en el mismo, aclarando cualquier duda. Modifique en su caso cualquier cuestión sobre la que haya podido cambiar de opinión y hágalo constar en este documento.
- Registre los principales aspectos recogidos en el Plan de Parto y Nacimiento entregado, marcando con una X la casilla correspondiente. En su caso describa aquellas opciones sobre las que hay respuestas escritas y haga las observaciones que considere pertinentes.
- Adjunte este documento a la historia clínica para su revisión por los/as profesionales que atenderán el parto.

El plan de parto o nacimiento es un documento que generalmente es completado con la ayuda de un profesional sanitario, especialista en obstetricia, el cual informa a la usuaria de manera objetiva de las opciones disponibles para el parto y potencia la comunicación de los deseos y necesidades de la mujer para facilitarle la toma de decisiones informada y de ese modo elaborar un plan realista de atención durante el parto que consiga lograr una mayor satisfacción de la experiencia para la usuaria.

Cabe remarcar que el plan de parto o nacimiento no ha sido ideado para sustituir la información necesaria que debe ofrecerse a todas las mujeres durante su proceso de trabajo de parto, parto y puerperio inmediato.

El objetivo del plan de parto o nacimiento es garantizar la comprensión del proceso y la participación activa de las mujeres, además de facilitar la relación y la actuación del equipo profesional. Asimismo, el plan de parto o nacimiento está destinado a ser compartido con los profesionales sanitarios por lo que permite no solamente que las mujeres ejerzan un mayor control sobre eventos ideales durante el nacimiento, sino también, a que exista una mejor interacción entre las mujeres y profesionales.

Los defensores del plan de parto o nacimiento creen que éste, tiene una función muy importante durante el trabajo de parto, momento en el que las mujeres sienten menor control de la situación y pueden sentirse vulnerables e incapaces de tomar decisiones, asegurando que los planes de parto promueven una estrategia más segura y satisfactoria. Además, los planes de parto son beneficiosos al facilitar la reducción de la ansiedad y de los temores durante el trabajo de parto y el parto

5.7 Importancia del entorno físico en la atención sanitaria del trabajo de parto

Los hospitales son establecimientos que suelen estar asociados al concepto de enfermedad en la actualidad para muchas de las mujeres que ingresan en un hospital durante su proceso de parto es la primera vez en su vida que se encuentran en ese entorno además, se sabe que el entorno físico durante la dilatación y el parto pueden influir en la evolución de dicho proceso.

El ambiente físico durante la dilatación, la presencia de profesionales con los que no se ha tenido contacto con anterioridad, el exceso de profesionales sanitarios durante el trabajo de parto y el sentirse solas durante esas fases, suele tener repercusiones sobre el grado de miedo y estrés de las mujeres. En la asistencia al parto se ha podido observar que, si las parturientas sienten, estrés durante el trabajo de parto debido al entorno, este estado provoca la secreción de beta endorfinas que prolongan el proceso debido a que disminuyen las contracciones uterinas.

También es sabido que la salud emocional de la mujer puede quedar afectada a largo plazo por su experiencia de parto, por lo que es conveniente controlar y minimizar los factores que pueden inducir estrés en las mujeres durante la atención al nacimiento.

Cuidar del entorno y de las necesidades individuales de las mujeres, se ha visto que puede ayudar a que éstas vivan de una forma más satisfactoria dicha experiencia. Además, un ambiente seguro y tranquilo influye positivamente en el sentido de control de las mujeres. Crear un espacio confortable y apacible donde se eviten los excesos de luz, se facilite una temperatura adecuada de la habitación, se disminuyan los ruidos y se utilice música, ayuda a facilitar la comodidad física de la mujer. Promover la comodidad de las mujeres durante su trabajo de parto, puede empoderarlas durante el proceso, asimismo, aumentar el confort puede llegar a disminuir el dolor de parto, la necesidad de intervenciones médicas y los costes sanitarios. Por ello, es fundamental que las mujeres se sientan seguras en el lugar donde se lleve a cabo su trabajo de parto. Para facilitar la seguridad de la mujer, la tendencia actual es que ésta disponga de una habitación en la que se le procure un ambiente íntimo y en la que permanezcan únicamente los profesionales sanitarios necesarios; evitando de ese modo la presencia de personas innecesarias en las habitaciones de dilatación y parto asimismo, se consideran factores favorecedores del entorno el que la mujer conozca con anterioridad el área asistencial y, a ser posible también, a los profesionales que la van a atender durante el trabajo de parto, para que la mujer, pueda llegar a establecer una relación de confianza con el equipo que la cuida. Cabe señalar que, en los partos de baja intervención, la necesidad de un entorno favorable se agrava. Por ello se debe procurar que la parturienta pueda expresarse de forma libre en el lugar donde se lleve a cabo su trabajo de parto sin las miradas incómodas de profesionales, ni rodeada de otras mujeres. También se ha encontrado que es importante asegurar la privacidad de la mujer, sobre todo, en la aplicación de algunas técnicas comúnmente realizadas durante la atención al nacimiento como, por ejemplo, en el caso de las exploraciones vaginales.

En la actualidad, se considera que se consigue la excelencia del entorno asistencial en la atención al nacimiento, cuando se dispone de un área de baja intervención, separada de las salas de partos tradicionales pero situada próxima

del área de obstetricia. Un área dirigida por matronas, dado que se ha hallado evidencia de los beneficios de la existencia de zonas lideradas por matronas, donde los servicios son prestados de forma separada de las tradicionales salas de partos. En este tipo de áreas, es importante procurar que el ambiente sea parecido al que se puede proporcionar en una habitación de un hogar. Además, se considera que la habitación o sala polivalente para el proceso de parto normal, debe tener las siguientes características básicas; ser una sala única, habilitada para la atención de la dilatación y el expulsivo. Se debe procurar que la atención se produzca en un único ambiente sin necesidad de cambiar de lugar. Debe tratarse de una sala de uso individual, insonorizada, en la que el utillaje y los muebles sean preferiblemente de colores cálidos. Además, la mujer debe estar acompañada por las personas de su elección, ya sea la pareja, un familiar, una amiga o una persona conocida.

Finalmente, también es necesario aclarar, que, durante la estancia de la madre e hijo en el hospital, una vez transcurrido el parto, se debe procurar que los recién nacidos estén ubicados al lado de la madre en la habitación, lo que se denomina en régimen de cohabitación, evitando de ese modo la presencia de las tradicionales salas-nido. Las recomendaciones actuales son que la criatura recién nacida sana y su madre, permanezcan juntos tras el parto y no separen en ningún momento siempre y cuando, el estado de salud de la madre y del recién nacido lo permita.

5.8 Prácticas clínicas no recomendadas durante el parto

En los últimos años, las tecnologías de la información han producido cambios relevantes en el acceso, disponibilidad y variedad de información en múltiples ámbitos. El acceso masivo a la información está cambiando el papel de los interlocutores en el proceso de comunicación, así como el uso que se hace de la misma.

En este nuevo contexto de la sociedad de la información, el proceso permite un acceso casi instantáneo incluso de la información científica. Sin embargo, el disponer de un gran volumen de información crea la necesidad de que se utilicen herramientas dirigidas al apoyo adecuado, eficaz y seguro en la toma de decisiones clínica, y a la necesidad de que existan profesionales con conocimientos y habilidades para ello. Con ese fin se han creado herramientas

como las Guías de Práctica Clínica (GPC) que dan respuestas a las preguntas más relevantes que surgen en torno a la atención que se ofrece desde los servicios sanitarios; en casos de patologías concretas o en la atención a procesos fisiológicos como el parto. La atención al parto requiere de la calidad y calidez necesarias para favorecer una vivencia satisfactoria del proceso por parte de las mujeres, los recién nacidos y la familia.

La Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal están basadas en las mejores evidencias científicas disponibles hasta el momento de su edición, y son una buena herramienta para mejorar la atención, facilitar la participación de las mujeres en su parto y apoyar las iniciativas de mejora en los servicios obstétricos.

Entre las recomendaciones que propone La Guía de Práctica Clínica Sobre La Atención Al Parto normal, se encuentran el evitar el uso rutinario del enema y del rasurado del periné. También se recomienda evitar el uso sistemático de la episiotomía; incisión que se practica en el periné de la mujer, con el fin de evitar un desgarro de los tejidos durante el parto y facilitar la expulsión de la criatura. Además, la guía explica que, en aquellos casos en los que sí se precisa la realización de esta técnica, el tipo de episiotomía que se debe realizar es el medio lateral, e indica que debe ser comenzada en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho. La guía remarca también cuál debe ser el ángulo de la episiotomía, señalando que respecto del eje vertical debe estar entre 45 y 60 grados.

Adicionalmente, la guía desaconseja la realización de la Maniobra de Kristeller; maniobra que consiste en empujar con los puños o el antebrazo la parte superior del útero coincidiendo con la contracción y el empuje de la parturienta. Esta técnica se ha estado realizando, hasta hace unos años, casi de forma sistemática en la última fase del parto para facilitar el descenso del feto. Por último, la guía habla de la importancia de favorecer el contacto piel con piel de madre y recién nacido en la primera hora de vida, así como la importancia de facilitar el inicio de la lactancia materna lo antes posible y de la no aspiración orofaríngea y nasofaríngea, de forma sistemática, del recién nacido; dado que el paso sistemático de sondas para aspiración de secreciones, sangre o meconio, en el recién nacido con buena vitalidad, así como la verificación de que el esófago, ano-recto y coanas son permeables, representa la realización de prácticas que

tienen riesgos potenciales para el bebé, y deben ser evaluados de manera individual.

Asimismo, en la actualidad, la asistencia al parto en la mayoría de hospitales está regida por protocolos. Los protocolos clínicos son un conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos diagnósticos a utilizar ante todo enfermo o usuario que acude a un centro sanitario con un determinado cuadro clínico, o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un diagnóstico clínico o un problema de salud, y deben incorporar la mejor evidencia científica de efectividad junto con la asesoría experta.

5.9 Humanización del trabajo de parto

El proceso de “humanización de la asistencia al parto” nació como respuesta al fuerte intervencionismo médico que, sobre un proceso fisiológico, se estaba realizando en todo el mundo. Como hemos citado, los importantes avances y descubrimientos que se han producido en los últimos tiempos en el campo de actuación de las ciencias de la salud, en concreto en el terreno de la ginecología y la obstetricia y siempre con el fin de solucionar problemas de salud e intentar disminuir al máximo la morbimortalidad materna, ha producido, en demasiadas ocasiones, la priorización de la tecnificación y los conocimientos a las necesidades de las usuarias. Además, el tipo de atención facilitada por parte de los profesionales sanitarios y de las instituciones sanitarias hacia las mujeres, ha conllevado, como hemos visto, que en algunos casos se produjera un aumento de rutinas quedando de ese modo relegados los aspectos de calidez y confianza frente a la atención centrada exclusivamente en las prácticas sanitarias.

Asimismo, el aumento de estas rutinas asistenciales durante la atención al nacimiento ha comportado también que, en ocasiones, se llegasen a realizar prácticas no siempre justificadas desde una perspectiva de “práctica basada en la evidencia”, a pesar de que algunas de ellas vinieran determinadas por algunos protocolos sanitarios. Además, el avance de la ciencia y la tecnología ha provocado un aumento de las especializaciones profesionales existentes y a un cambio en la estructuración de los servicios. Es por ello que, últimamente y tal como se ha explicado, se ha reclamado la necesidad de individualizar y humanizar los cuidados.

En estos últimos años, se demanda una evolución hacia un proceso de cuidado continuo seguro para la persona y culturalmente aceptable que con lleve la aplicación de la tecnología necesaria, pero desde una perspectiva humana, centrada en el individuo.

El concepto de humanización, que se define como un proceso de comunicación y cuidado entre las personas que lleva a la autotransformación, a la comprensión del espíritu fundamental de la vida y a un sentido de compasión y unidad con el universo, el espíritu y la naturaleza, los miembros de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global, así como también con otras personas en el futuro y con las generaciones pasadas.

se afirma que para poder humanizar la atención al parto es necesario empoderar a la mujer, fomentando su participación activa y su toma de decisiones en todos los aspectos de su propio cuidado. Además, los profesionales que atienden el parto deben trabajar como iguales, usando la tecnología basada en la evidencia y fomentando la atención primaria.

Wagner es uno de los autores el cual sostiene que humanizar el parto consiste en entender que la mujer que da a luz es un ser humano, y no una máquina para hacer bebés. Según este autor, el parto humanizado es aquel que sitúa a la mujer en el centro y control del proceso para que sea ella, y no el personal sanitario, quien tome las decisiones acerca de lo que sucede. Por otra parte, Wagner considera que la atención medicalizada, al incrementar la utilización de tecnologías en el control obstétrico, suele deshumanizar, y que para que un parto sea humanizado los servicios de maternidad deben basar su actuación en la evidencia científica, independientemente de la necesidad, o no, de emplear tecnología; por ello concluye que el uso de una práctica basada en la evidencia en los servicios de maternidad lleva a una humanización de la atención al parto. Wagner indica cuatro factores necesarios para que el parto sea humanizado: en primer lugar, el entorno debe facilitar que la mujer pueda tomar decisiones; en segundo lugar, los servicios sanitarios tienen que estar basados en la atención primaria, en lugar de la hospitalaria; en tercer lugar, los profesionales que atienden el trabajo de parto (matronas, enfermeras, médicos...) deben colaborar en armonía trabajando como iguales, y finalmente, las prácticas sanitarias deben basarse en la evidencia científica.

También en 2001, Davis-Floyd señala que hay que humanizar la tecnología médica para hacerla compasiva, sensible, individualizada, relacional y orientada a la comunidad. Asimismo, asegura que el mejor término análogo al de “humanismo” en la literatura es el de biopsicosocial, que implica que el modelo humanista tiene en cuenta la biología, la psicología y el entorno social. Según esta investigadora, el modelo humanista reconoce la influencia de la mente sobre el cuerpo, ya que ambos están en constante comunicación, siendo imposible tratar síntomas físicos sin atender al bienestar psicológico. También aclara que uno de los aspectos más importantes del «nacimiento humanizado» es ser capaz de mirar a la mujer embarazada como una persona y no como una paciente, para poder establecer una conexión humana con ella. Esta conexión entre el profesional y la mujer constituye, para la autora, un punto fundamental en el enfoque de atención humanizada al parto. Para que la atención sea humanizada, Davis-Floyd también considera relevante que la mujer esté informada sobre las posibles opciones disponibles para dar a luz, que conozca los riesgos y beneficios de cada una de ellas, y que participe, de forma activa, en la toma de decisiones. El cuidado debe basarse no en la tradición médica, sino en la evidencia científica, así como en las relaciones individuales entre la familia, el paciente y el profesional sanitario y en la prevención, diagnóstico y tratamiento de posibles complicaciones.

La humanización de la atención al parto representa un desafío continuo y requiere una lucha constante para asegurar que todos los profesionales adoptan esa filosofía, para lo cual se necesita un proceso de educación y formación continua, humanizar el parto también permite que las mujeres se sientan con la facultad de discutir las opciones de tratamiento que están disponibles, en lugar de tener una única opción para que la atención al trabajo de parto sea humanizada es necesario el respeto a la intimidad física y emocional, así como la preparación de un ambiente cómodo para las mujeres durante el periodo de atención prenatal.

La práctica del parto humanizado tiene implicaciones en los aspectos emocionales de la atención a la maternidad, como el apoyo continuo durante el parto y el alumbramiento, prestar atención a los aspectos psicológicos puede ser una estrategia más eficaz, durante el parto, que las intervenciones tecnológicas. El empleo de las intervenciones obstétricas y la tecnología proporciona al

profesional sanitario el control del proceso de nacimiento, produciendo como resultado que la mujer sea desposeída del dominio de su cuerpo y que las decisiones pasen a ser tomadas por los profesionales a través de la lente de la medicina.

Los términos humanización y parto, están muy relacionados y deben incorporarse en el concepto de justicia reproductiva, que no ha de basarse sólo en otorgar poder a la mujer en la toma de decisiones cuando desea tener hijos, sino también en permitirle decidir cómo quiere ser tratada durante el proceso del embarazo y el parto.

El movimiento del parto humanizado tiene por objetivo promover que el parto sea una experiencia positiva, independientemente del lugar de nacimiento, y pretende empoderar a la mujer respetando sus decisiones, valores, creencias y sentimientos y reduciendo su excesiva medicalización mediante la adopción de prácticas basadas en la evidencia.

6.- Tecnología y medicalización de los cuidados durante el trabajo de parto

6.1 Intervenciones en el parto

Las intervenciones en el parto no siempre son esperadas por quienes las reciben, según la OMS, un parto medicalizado es aquel que, aun habiéndose iniciado de forma espontánea, es dirigido mediante oxitocina sintética, rotura de membranas, y otras prácticas destinadas a acortar su duración.

Así, se produce una «cascada de intervenciones», un círculo vicioso que ya no se puede romper, Por ejemplo, una inducción cuando aún no era el momento del parto produce contracciones muy dolorosas, por lo que se administrará la epidural, pero entonces ésta frenará el parto, por lo que terminará en cesárea. Éste es un ejemplo clásico de cascada de intervenciones que únicamente consigue un parto a destiempo, repleto de medicalización, y que dejará a la mujer en una situación de pasividad absoluta, sin comprender muy bien qué ha sucedido. Patologizar el parto medicalizándolo acaba, pues, produciendo que esta cascada de intervencionismos sea muy difícil de parar, lo que llevará a un parto más largo: lo que quería evitarse al principio es precisamente lo contrario a lo que se está consiguiendo con el abuso de intervenciones. Las cesáreas y los partos instrumentalizados dejan secuelas físicas y psicológicas perdurables, de distinta gravedad en las madres, como depresión y SEPT 190 (Síndrome de

Estrés Postraumático) posparto que pueden afectar las relaciones sexuales y reducir su fertilidad.

- Los trastornos ocurridos en el comienzo de la vida pueden tener una influencia posterior negativa en el desarrollo emocional, físico e intelectual de los niños.
- Los partos traumáticos y la separación madre-hijo perjudican la lactancia materna y el establecimiento del vínculo afectivo.

Los partos medicalizados producen, pues, un aumento injustificado del número de cesáreas y partos traumáticos, y esto hace a su vez aumentar el ingreso de los recién nacidos en unidades neonatales, aumentando la morbilidad materno-infantil.

Así, tanto madres como bebés corren graves riesgos, y supone además un despilfarro económico, pues se invierten recursos innecesarios y contraproducentes en unos partos que podrían haber sido totalmente normales si el intervencionismo no los hubiera hecho suyos. Muchas de las intervenciones realizadas durante la dilatación y el expulsivo involucran intervenciones o incrementan las probabilidades de otras intervenciones.

6.2 Medicalización rutinaria del parto

Importantes avances y descubrimientos en el terreno de la ginecología y la obstetricia, cuya finalidad era la de solucionar problemas específicos se han vuelto en contra de las mujeres y sus hijos al utilizarse de manera arbitraria, injustificada y por rutina para cumplir con determinados protocolos hospitalarios. A esto a lo que nos referimos cuando hablamos de “Cascada de intervenciones” que medicalizan innecesariamente el proceso del parto normal.

Este tipo de atención produce un aumento injustificado del número de cesáreas y partos traumáticos (inducciones, extracciones instrumentales, episiotomías), el ingreso de bebés en unidades neonatales sin mejorar la mortalidad empeorando la morbilidad materno-infantil.

Es decir que hace correr graves riesgos a las mujeres y a sus bebés, además de suponer el despilfarro de una gran cantidad de dinero, pues se invierten en partos normales y sin riesgo unos recursos totalmente innecesarios y en la mayoría de los casos contraproducentes.

Consecuencias negativas de la excesiva medicalización del parto:

- Tanto las cesáreas como los partos instrumentales dejan secuelas físicas y psicológicas perdurables, de distinta gravedad en las madres, como depresión y SEPT (Síndrome de Estrés Postraumático) posparto que pueden afectar las relaciones sexuales de la mujer e incluso a sus relaciones familiares, además de reducir su fertilidad.
- Los trastornos ocurridos en el comienzo de la vida pueden tener una influencia posterior negativa en el desarrollo emocional, físico e intelectual de los niños.
- Los partos traumáticos y la separación madre-hijo perjudican la lactancia materna y el establecimiento del vínculo afectivo.
- El parto es tuyo es tu cuerpo, es tu bebé y es tú parto, por lo que tienes derecho a decidir, La ley de Autonomía del Paciente te otorga este derecho.

6.3 Parto con fórceps

Un parto con fórceps es un tipo de parto vaginal asistido. En ocasiones, se necesita en el transcurso del parto vaginal. En un parto con fórceps, un profesional de salud utiliza un instrumento con la forma de un par de cucharas grandes o pinzas para ensaladas, denominado fórceps, para sujetar la cabeza del bebé y así guiarlo hacia afuera del canal de parto. Por lo general, esto se produce durante una contracción, mientras la madre puja.

El profesional de salud podría recomendar un parto con fórceps durante la segunda etapa del trabajo de parto, cuando estás pujando, en caso de que el trabajo de parto no avance o que la salud del bebé dependa de un parto inmediato. Aunque se puede recomendar un parto con fórceps durante el parto de tu bebé, el procedimiento puede estar asociado con ciertos riesgos. Si el parto con fórceps fracasa, podría ser necesario llevar a cabo un parto por cesárea.

Riesgos

Un parto con fórceps plantea un gran riesgo de lesiones para ambos, la madre y el bebé.

Los posibles riesgos para ti incluyen:

- Dolor en el perineo (el tejido entre la vagina y el ano) luego del parto

- Desgarros en el tracto genital inferior
- Dificultad al orinar o evacuar la vejiga
- Incontinencia urinaria o fecal a corto o largo plazo (micción o defecación involuntaria) si ocurre un desgarro grave
- Lesiones en la vejiga o la uretra, el tubo que conecta la vejiga con el exterior del cuerpo
- Ruptura del útero, que sucede cuando la pared uterina se rasga, lo cual podría permitir que el bebé o la placenta se empujen dentro de la cavidad abdominal de la madre.
- Debilidad de los músculos y ligamentos que sostienen los órganos de la pelvis, lo que causa que los órganos de la pelvis desciendan hacia la pelvis (prolapso de órganos pélvicos).

Mientras la mayoría de estos riesgos están asociados a los partos vaginales en general, son más comunes en los partos con fórceps.

Es posible que tu profesional de salud tenga que llevar a cabo una episiotomía (una incisión del tejido entre la vagina y el ano) antes de ubicar los fórceps.

Aunque son poco frecuentes, los posibles riesgos para el bebé incluyen:

- Lesiones faciales leves debido a la presión de los fórceps
- Debilidad temporal en los músculos faciales (parálisis facial)
- Traumatismo ocular externo menor
- Fractura de cráneo
- Sangrado dentro del cráneo
- Convulsiones

Las marcas leves en el rostro del bebé luego de un parto con fórceps son normales y temporales las lesiones graves en el niño luego de un parto con fórceps son poco frecuentes.

6.4 Epidural

La epidural es una anestesia que permite disfrutar de un parto sin dolor. Su aplicación ha marcado un antes y un después en la forma de dar a luz de las mujeres, ya que gracias a ella han visto aliviados sus dolores durante el parto. Esta anestesia insensibiliza la parte inferior del cuerpo, sin perder el tono muscular y permite a la futura mamá estar al mismo tiempo consciente y más

cómoda, física y mentalmente para dar a luz, ya que proporciona un alivio continuo del dolor de la cintura hacia abajo, incluyendo las paredes vaginales. La anestesia epidural o anestesia peridural consiste en la introducción de un anestésico local en el espacio epidural, de manera que las terminaciones nerviosas quedan bloqueadas a nivel de la médula ósea, concretamente a su salida. Se administra por un anesthesiólogo a través de un catéter muy delgado, que se introduce en la zona lumbar de la columna y, luego, en el área que recubre la médula espinal.

Cómo se aplica en el parto la anestesia epidural

tendrá que asegurar que la futura mamá ha alcanzado una dilatación de 2 centímetros. Para su aplicación es preciso estar sentada o acostada de lado con la espalda arqueada y la cabeza inclinada hacia delante a continuación, el anestesista realiza la punción para introducir la aguja epidural que permitirá la colocación del catéter epidural. Sólo sentirás un pinchazo el catéter epidural, que es flexible y muy fino, se sitúa en la zona lumbar en el espacio que hay entre la segunda y la tercera vértebra.

Después, se saca la aguja y el catéter epidural queda dentro para permitir que la anestesia pueda ser bombeada en su justa medida. Empieza a hacer efecto en un par de minutos. Su efecto completo dura entre 15 minutos y dos horas dependiendo de la dosis administrada. La cantidad de medicación se regula según las necesidades de la mujer a medida que progresa el parto.

Ventajas de la epidural durante el parto

No afecta a tus facultades mentales. Estarás consciente durante todo el parto Sentirás las contracciones en forma de presión o tensión muscular y un adormecimiento ligero en piernas y nalgas, pero no perderás su movilidad.

Mejora el suministro de oxígeno al bebé

Elimina el esfuerzo que debe realizar el corazón durante el trabajo de parto y permite respirar con facilidad.

Desventajas o riesgos de la epidural

Bajada de la presión arterial. Para evitarlo, deberás estar bien hidratada con suero.

Pérdida de la capacidad para pujar. La monitorización durante el parto permite al ginecólogo avisar a la madre de la llegada de una contracción para que puje.

Dolores de cabeza. Suelen manifestarse cuando la aguja pasa del espacio epidural al intradural y pueden durar hasta una semana es recomendable beber agua y estar tumbada todo el tiempo posible.

Pérdida de sensibilidad en la vejiga. Si aparece dificultad temporal para orinar, se puede colocar una sonda.

Escalofríos. Se pueden sentir durante el trabajo de parto y después del mismo.

Dolores en la zona de la punción. Es debido a que la aguja atraviesa varias capas de músculo.

Contraindicaciones de la anestesia epidural

Contraindicaciones Relativas:

Tatuajes en la zona baja de la espalda. Se puede arrastrar parte de la tinta del tatuaje hasta la médula, lo que produciría una meningitis química. No obstante, se puede poner la epidural si hay un espacio sin tinta para introducir la aguja.

Hernias lumbares. Los profesionales no se atreven, en principio, aunque siempre hay varios espacios intervertebrales entre los que elegir.

Contraindicaciones Absolutas:

Problemas de coagulación. Se evita esta anestesia por el riesgo de que se produzca un hematoma que pueda comprimir la médula espinal. El déficit de plaquetas dificulta la coagulación.

Insuficiencia cardiaca. En este caso, la aplicación de anestesia se considera un riesgo.

Alteraciones cerebrales algunos tumores contraindican esta técnica.

Infecciones. Tanto si son generales o locales, si se trasladan con la aguja al espacio intradural, pueden provocar una meningitis.

6.5 Oxitocina para la inducción del trabajo de parto

La oxitocina es la medicación usada más frecuentemente para la estimulación del parto en obstetricia entre los beneficios conocidos de su empleo se encuentra la mejora de las contracciones. La oxitocina es usada comúnmente en la moderna práctica obstétrica para aumentar la actividad uterina cuando se

produce un fracaso del trabajo de parto, con el objetivo de permitir que el proceso de parto progrese hacia un parto vaginal.

El uso de oxitocina ha sido propuesto para el tratamiento de la distocia del parto, porque podría reducir la tasa de cesáreas.

El trabajo de parto prolongado o distocia ha sido descrito como una de las principales indicaciones de cesárea en situaciones donde se detiene el progreso que conduce hacia un parto normal y espontáneo.

El Instituto para la Seguridad de la Práctica Médica designó la oxitocina como una medicación de alta vigilancia en 2007 este tipo de medicación se caracteriza por necesitar una especial consideración precaución durante su administración, ya que presenta un alto riesgo de causar daño cuando se usa erróneamente. Los errores relacionados con el uso de oxitocina son actualmente los errores más comunes que se producen durante el parto. Estos errores están relacionados con dosis elevadas en la mayoría de los casos que pueden provocar una excesiva actividad uterina. La intervención con oxitocina, particularmente con dosis altas, puede tener potenciales efectos negativos en la madre y en el feto, tales como taquistolia uterina y afectación de la frecuencia cardíaca fetal. Esto ocurre debido a la disminución o interrupción del flujo sanguíneo hacia el espacio Inter velloso durante las contracciones. Las contracciones en partos normales son bien toleradas por la mayoría de los fetos; sin embargo, existe riesgo de hipoxemia y acidemia fetal si las contracciones son muy frecuentes y/o prolongadas. Romano y Lothian concluyeron en su estudio, que las intervenciones durante el proceso fisiológico del parto, en ausencia de complicaciones, aumenta el riesgo de alteraciones para la madre y el feto. Ellos propusieron el uso de cuidados basados en la evidencia de la práctica clínica para promover el parto fisiológico, evitando el uso innecesario de la inducción del parto, de intervenciones rutinarias y restricciones también innecesarias. Sin embargo, un metaanálisis con 10 ensayos aleatorios controlados, concluyó que altas dosis de oxitocina para la estimulación del parto, se asoció con una reducción de la tasa de cesáreas y con un menor tiempo de duración del parto, sin incremento de resultados maternos o perinatales adversos. La Organización Mundial de la Salud resaltó la necesidad de revisar el modelo biomédico de cuidados durante el embarazo y parto, caracterizado por un elevado intervencionismo y excesiva medicalización en países desarrollados. En sus

recomendaciones para la atención del parto normal, consideró lo inapropiado de ciertas prácticas e intervenciones tales como la amniotomía o rotura artificial de bolsa amniótica de forma temprana, y el uso rutinario de oxitocina, entre otras. Una comparación de la oxitocina con otros fármacos para inducir el trabajo de parto (prostaglandinas intracervicales o vaginales) reveló que había mayor probabilidad de partos dentro de las 24 horas con la prostaglandina. Menos mujeres recibieron analgesia epidural con prostaglandina. Los efectos secundarios para la madre fueron similares en los dos grupos.

6.6 La amniocentesis para la inducción del trabajo de parto

La amniotomía es la rotura deliberada, artificial de las membranas corión amnióticas, realizada digitalmente o a través de instrumentos denominados amniótomos como el de Beacham o empleando pinzas, como la Kelly o Köecher. Es un procedimiento simple, que ha sido utilizado a través de muchos años en pacientes que no han estado en trabajo de parto, para la inducción del parto, solo o asociado a otros fármacos, como prostaglandinas y oxitocina. También, ha sido utilizada en pleno trabajo de parto, para verificar el color y aspecto del líquido amniótico, y para la colocación de electrodos en el cuero cabelludo fetal, con la finalidad de obtener el registro de la actividad cardiaca del feto o para la obtención de sangre y la medición del pH, en el diagnóstico de acidosis fetal. Sin embargo, es sabido que el color meconial del líquido amniótico puede no responder a la hipótesis de que el feto está en sufrimiento fetal y se sabe que 20% de los fetos a término presentan líquido meconial, sin otro hallazgo de distrés fetal asimismo, ha sido utilizada para aumentar la intensidad y Si bien con este protocolo se ha logrado reducir la tasa de cesáreas, no hay que olvidar que se trata de un trabajo no aleatorizado y realizado solo en nulíparas, sin mayores factores de riesgo, por frecuencia de las contracciones uterinas y acortar de esta forma la duración del trabajo de parto. Por otro lado, hay que recordar que fisiológicamente 70% de gestantes llega a dilatación completa con las membranas intactas.

Se realiza, por regla general, en los casos de alumbramiento muy prolongado. Este según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el que excede lo que son las 18 horas de trabajo de parto.

De la misma manera, también se puede recurrir a este proceso cuando existen complicaciones que requieren actuar rápidamente en pro del pequeño y de su madre.

Además de todo lo expuesto, se hace necesario saber que se establecen una serie de requisitos básicos para poder acometer la citada amniotomía. En concreto uno de esos es que la mujer debe tener una dilatación de al menos 4 o 5 centímetros.

La rotura artificial de membranas es una práctica que los obstetras han usado ampliamente durante las últimas décadas y que hoy se puede decir es uno de los procedimientos obstétricos más utilizados. Se ha propugnado la amniotomía temprana como componente de un manejo activo del trabajo de parto, abordaje propuesto como un recurso posible de reducir la elevada tasa de cesáreas.

La amniotomía, como técnica obstétrica, fue introducida por primera vez en 1756, por Thomas Denman. Es en 1928, cuando Kreis propugna la amniotomía, como una técnica que debe practicarse en toda paciente, señalando que las membranas generan contracciones espasmódicas que retrasan el curso normal del parto. En 1984, O'Driscoll publicó una extensa experiencia clínica, a la cual llamó manejo activo de trabajo de parto, con la finalidad de reducir la tasa de cesáreas, previniendo las distocias y acortando el trabajo de parto.

Este protocolo de manejo consiste en un diagnóstico temprano del trabajo de parto, practicar amniotomía rutinaria en el lapso de una hora de admitida la paciente, y evaluación cada dos horas de la evolución del parto, administrando oxitocina cuando no hay progresión del trabajo de parto.

lo que su recomendación es limitada, debido al bajo nivel de evidencia de este tipo de estudios, que no corresponden a ensayos clínicos.

Casi 50 años después del reconocimiento del rol de las prostaglandinas, tanto para el inicio del parto y la dilatación cervical, existe un sustento fisiológico para los efectos observados en la amniotomía. Las membranas fetales y la decidua uterina producen grandes cantidades de prostaglandina E₂ y F₂α y es sabido que la sola manipulación y más aún la rotura de las membranas fetales causan incremento de la síntesis de prostaglandinas.

Con la ausencia de la bolsa de las aguas, desaparecería la acción protectora que esta tiene sobre la cabeza del feto. Así, se demostró que la presión

registrada a nivel cefálico es mayor que en el resto del cuerpo y que esta es mayor cuando las bolsas están rotas, observándose además mayor deformación de la cabeza fetal.

La fuerte compresión de la cabeza, producida por las contracciones uterinas, ocasiona estimulación vagal que se traduce en la presencia de desaceleraciones tempranas o precoces, en el trazado cardiotocográfico intraparto.

Ventajas de la amniotomía

Además de todo lo indicado hasta el momento hay que exponer que se establece que esta práctica se considera que trae consigo una serie de beneficios tales como los siguientes:

- Aumenta los niveles de oxitocina y también libera la prostaglandina E2, lo que se supone que contribuye a acelerar las contracciones y la dilatación. Es decir, se considera que puede ayudar a hacer mucho más rápido el parto. Exactamente sus defensores establecen que puede acortar el alumbramiento en una o dos horas más o menos.
- Se establece que esta práctica es útil para poder proceder a acometer la monitorización cardíaca del feto.
- No menos relevante es que se considera que la amniotomía ayuda a que los doctores puedan conocer el color del líquido amniótico. Un detalle ese importante para poder saber si el bebé se encuentra bien o está sufriendo alguna complicación.
- También es útil para extraer la sangre al feto e incluso para medir lo que es el pH.

Contraindicaciones de la amniotomía

De la misma manera, no podemos pasar por alto el hecho de que existen también desventajas o consecuencias adversas que puede traer consigo la práctica de la amniotomía. En concreto, se determina que son estas las más significativas:

- Tanto la madre como el pequeño pueden padecer una infección.
- Cabe la posibilidad de que el cordón umbilical sufra un prolapso. Es decir, que se desprenda antes de lo necesario.
- Asimismo, se corre el riesgo de que el bebé pueda sufrir bajadas o aceleraciones notables de su frecuencia cardíaca.

6.7 Primeras intervenciones, enema, rasurado, monitorización

Cuando una mujer que está de parto ingresa en un hospital, comienza a llevarse a cabo un protocolo establecido de actuaciones. Por ejemplo, puede realizarse una amnioscopia, que se utiliza para evaluar el líquido amniótico (color, cantidad), y de este modo detectar posibles complicaciones que pudieran dar cuenta del sufrimiento fetal. Sin embargo, se trata de una prueba invasiva, con posibles complicaciones (por ejemplo, rotura de la bolsa, lo que aumenta el riesgo de infección, así como despegamiento de membranas).

Una intervención que suele realizarse de un modo protocolario en muchos hospitales es la administración de un enema. Es decir, consiste en administrar un laxante por vía rectal con el propósito de limpiar el colon de la parturienta y evitar así que defecue durante el parto. La evidencia científica, demuestra que no tiene ninguna utilidad real, pero aún se sigue administrando en algunos centros, aunque su uso obligatorio va decayendo.

Administrar un enema no exime de que se produzca una defecación durante el parto, dado que la cabeza del bebé durante el expulsivo empuja a través de las paredes vaginales el contenido del colon.

Igualmente, se pensaba que la depilación del vello púbico reduce infecciones y facilita la sutura, pero no hay evidencia que lo corrobore. Las mujeres experimentan incomodidad cuando el vello vuelve a crecer y el riesgo de infección no se reduce. El uso rutinario podría incluso aumentar el riesgo de infecciones, ya que la función del vello es protectora y térmica.

La evidencia disponible es insuficiente para recomendar la aplicación de enemas y la realización de rasurado perineal a la parturienta para la prevención de infecciones perineales su práctica se considera injustificada debido a las molestias que ocasiona y se entiende como una práctica más destinada a la comodidad de los profesionales que a la de las mujeres.

Actualmente la administración rutinaria de un enema de limpieza y el rasurado sistemático del vello perineal, al comenzar el trabajo de parto, han dejado de tener sentido. Fueron dos normas generales que se practicaron preventivamente durante muchos años y ahora sólo deben aplicarse selectivamente.

El enema se aplicaba de forma sistemática porque se suponía que evitar una posible salida de heces durante el expulsivo reducía la incidencia de infecciones neonatales y puerperales. Se pensaba también que su administración podía estimular las contracciones, acortando la duración del parto. Pero los estudios sobre qué acontecía al respecto con y sin enema previo concluyeron que no había diferencias significativas, ni en lo uno, ni en lo otro, y que la evidencia científica disponible era insuficiente para recomendar el uso rutinario de un enema en todos los partos.

Hoy la actitud correcta es dar una buena información a la embarazada, para que sea ella la que decida si desea que se lo apliquen o no, salvo casos concretos en los que es recomendable administrarlo. Muchas mujeres prefieren ponérselo por cuestiones de pudor, pues piensan que se sentirían muy incómodas si expulsaran heces con los pujos. Pero la cuestión principal es valorar cada caso y tener en cuenta que un enema es un medicamento y, como tal, no es totalmente inocuo. Además de los efectos incómodos más comunes de irritación rectal, escozor, picor o dolor locales, puede ocasionar otros efectos adversos muy poco frecuentes, pero de mayor gravedad.

Si tus hábitos de evacuación son regulares es muy probable que no lo necesites. Aunque tu recto no estuviera totalmente limpio y la presión de la cabeza de tu bebé ocasionara la salida de contenido fecal sólido durante el expulsivo, no representa problema alguno de tipo sanitario para ninguno de los dos. Pero si crees que te sentirás mejor adoptando previamente esta medida higiénica comunícalo al personal que te atiende. Si al explorarte te dicen que tienes muchas heces retenidas –se nota a través de la pared posterior de la vagina al hacer un tacto- es muy recomendable que te lo pongan, pues puede dificultar el encajamiento de la cabeza de tu bebé.

Respecto al rasurado perineal se creía que disminuía el riesgo de infecciones de las heridas producidas por desgarro o episiotomía (incisión quirúrgica del periné). Sin embargo, la evidencia científica resultó de nuevo insuficiente para recomendar su práctica rutinaria. La incidencia de infecciones perineales, con o sin rasurado previo, era similar, además las micro erosiones que podría producir el rasurado serían un factor facilitador de infección. Por ello, y por las molestias que ocasiona el nuevo crecimiento del vello, se debe evitar al máximo. Es en el

momento final del expulsivo cuando hay que valorar, en relación con la posibilidad de tener que realizar una sutura, si debe hacerse un rasurado selectivo y muy parcial.

6.8 Evaluación del cérvix

La evaluación ante parto del cérvix constituye un procedimiento necesario en la práctica obstétrica para predecir la respuesta a, la inducción y el inicio del trabajo de parto según la madurez cervical. La revisión efectuada persigue proporcionar una herramienta más para valorar la condición del cuello antes del parto mediante la evaluación cruzada de su inspección con espéculo como una alternativa que puede ser empleada en los servicios de obstetricia. El método además de útil y no invasivo, permite reducir la variabilidad Inter observadores. El método tradicional para este fin consiste en la exploración digital, mediante lo cual el obstetra adquiere habilidades como parte de su formación, pero otro modo de evaluar es la especuloscopia, basada en la experiencia visual del observador, si bien debe especificarse que ambos procedimientos tienen limitaciones, pues además de ser subjetivos, el primero puede invadir y dislocar el tapón mucoso y acercarse a las membranas.

Tanto un método como otro presentan una determinada variabilidad Inter observador, además estas valoraciones solo se refieren a la porción intravaginal del cérvix. Se ha demostrado que mediante el tacto digital se infraestima la longitud cervical entre 0,49 y 1,41 cm; sin embargo, no existen trabajos que reflejen la posible variabilidad Inter observador en la evaluación cervical mediante la exploración con espéculo. A juicio del autor es necesario enunciar algunos conceptos para definir el alcance de la exploración cervical en la realización de un determinado procedimiento. La inducción del parto es uno de los métodos más utilizados en la práctica obstétrica y se realiza en 20- 25 % del total de estos. Desde 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció una frecuencia general para su realización de 10 %, lo cual constituye el indicador de entrada más importante para evaluar el funcionamiento de un servicio de obstetricia.

Teniendo en cuenta las observaciones comentadas, se comienza a utilizar con frecuencia el término inducción, lo cual deja claro que mediante este

procedimiento se puede alcanzar no solo el criterio de éxito, con la maduración de cuello a un puntaje más alto, sino que también algunas pacientes inician, durante la aplicación del método, el trabajo de parto lo cual reduce el indicador global de inducción.

Preinducción: Procedimiento que se realiza en una gestante con cérvix en estado desfavorable a fin de mejorar las condiciones del cuello y lograr una buena respuesta a la inducción definitiva del parto.

Inducción: Procedimiento que se realiza con el fin de desencadenar contracciones uterinas regulares y modificaciones cervicales para alcanzar la fase activa del trabajo de parto cuando no se alcanza con el procedimiento se realizará la cesárea.

Sobre la base de estos criterios se considera como básico que la primera indicación de la evaluación cervical estará encaminada a definir los cuellos inmaduros que necesitan el procedimiento de preinducción. Esto lleva implícito la disponibilidad del medicamento adecuado para actuar sobre el cuello y mejorar las condiciones cervicales

Siempre debe indicarse la evaluación del cérvix ante parto para efectuar el procedimiento inductivo, pues ello permite:

- 1.-Inspeccionar el cuello
- 2.-Disminuir la variabilidad Inter observador al realizar una evaluación cruzada entre 2 especialistas
- 3.-Establecer un pronóstico según el puntaje establecido
- 4.-Realizar la evaluación administrativa del proceso inductivo

El cuello constituye una estructura que forma parte del canal blando del parto en el que se lleva a cabo el proceso de dilatación para dar paso al cilindro fetal por tanto es necesaria su evaluación para definir su estado y verificar la presencia de infecciones, las cuales pueden dañar, incluso, al feto en su paso por el canal blando distal (cuello y vagina). En ese momento podrá realizarse una preparación del cuello y la vagina antes de comenzar el procedimiento deberá verificarse la existencia de procesos tumorales, malformaciones, estenosis, ginatresias de diferentes causas y, en algunos casos, la evaluación del cuello residual después de una operación del cérvix.

Para la inspección del cuello ante parto se propone que siempre se realice mediante una evaluación cruzada de 2 especialistas y que, por lo general, uno de ellos sea experimentado, principalmente el jefe de obstetricia y el especialista que propone la inducción. Esto reduce la variabilidad Inter observador, fija una evaluación previa que sirve de guía cuando la paciente es recibida en parto y en muchos casos evita exámenes innecesarios.

El examen de cérvix ante parto permite establecer un pronóstico que deja prefijada las posibilidades de éxito según el test cervical y la calidad del procedimiento de inducción. Se puede por tanto plantear que, desde el punto de vista administrativo, posibilitará evaluar el porcentaje de respuesta a la inducción que tiene cada equipo de trabajo, en base al test cervical predestinado antes de la inducción, lo que será un contundente instrumento de evaluación de la calidad. Posteriormente Watson et al analizaron determinados elementos para intuir la respuesta a la inducción y la duración de la fase latente, y demostraron que la valoración del estado del cuello permitía estimar de manera anticipada la duración de dicha fase, con mayor precisión que la ecografía del cérvix y el antecedente de paridad.

Boozarjomehri et al definieron que, si bien esta evaluación era de gran valor para determinar el tiempo de inducción y fase latente, no precisaba la duración total del trabajo de parto.

Por su parte, Pajntar et al realizaron estudios de electromiografía del útero y cérvix, y aplicaron el método de regresión lineal múltiple, con el que pudieron identificar los factores que afectaban cada una de las etapas del parto, y dejaron claro que para la inducción y la fase latente, los elementos más importantes eran el estado de borramiento y consistencia del cuello uterino; sin embargo, los propios autores afirmaron que en fase activa los elementos determinantes en su evolución eran la intensidad y duración de la contracción, así como el diámetro y la altura de la cabeza.

La evaluación cervical ante parto resulta un método necesario para estimar la respuesta al procedimiento pre inductivo e inductivo, así como definir la manifestación de la fase latente. Su realización mediante evaluación cruzada por especuloscopia es una alternativa por ser útil, no invasiva y disminuir la variabilidad inter observador.

7. Marco Legal

7.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Se afirma que la base constitucional del derecho a la salud se encuentra en el segundo y tercer párrafo del artículo 4º que expresan:

“toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.”

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

Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar. Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo. En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.

Los ascendientes, tutores y custodios tienen la obligación de preservar y exigir el cumplimiento de estos derechos y principios. El estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez. Toda persona tiene derecho al acceso a la cultura y al disfrute de los bienes y servicios que presta el Estado en la materia, así como el ejercicio de sus derechos culturales. El Estado promoverá los medios para la difusión y desarrollo de la cultura, atendiendo a la diversidad cultural en todas sus manifestaciones y expresiones con pleno respeto a la libertad creativa. La ley establecerá los mecanismos para el acceso y participación a cualquier manifestación cultural.

Toda persona tiene derecho a la cultura física y a la práctica del deporte. Corresponde al Estado su promoción, fomento y estímulo conforme a las leyes en la materia.

Sin embargo, es necesario considerar también lo establecido en el artículo 2º constitucional, apartado B inciso 3:

Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades tienen la obligación de:

Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación en especial para la población infantil.

7.2 Tratados Internacionales

Según el artículo 133 constitucional, los tratados internacionales son la ley suprema de la unión, por lo que a fin de prevenir la violencia obstétrica se deben de observar la convención americana, la CEDAW, la convención Belén para el pacto internacional de los derechos económicos y sociales, el pacto internacional de los derechos civiles y políticos, la convención de los derechos de los niños, así como la jurisprudencia de la COIDH.

El derecho a la salud comprende libertades y derechos; libertad a controlar la salud y el cuerpo, incluida la libertad sexual y genésica el derecho a no padecer injerencias, torturas, experimentos o tratamientos médicos no consensuales. En cuanto a los derechos, comprende el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

Se ha expresado que el derecho a la salud contenido en el artículo 4º constitucional se complementa con los tratados internacionales en materia de derechos humanos;

Declaración universal de los derechos humanos:

Artículo 25.; toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y la asistencia médica.

Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales:

Artículo 10.2 se debe conceder especial protección durante un periodo de tiempo razonable antes y después del parto

Artículo 12: reconocimiento del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y adopción de medidas para asegurar la plena efectividad de este derecho. En esas medidas se deben de incluir las

encaminadas a la reducción de la mortalidad y mortalidad infantil, así como la creación de condiciones que aseguren a todos la asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Convención americana de derechos humanos (pacto san José):

Artículo 4: toda persona tiene derecho a que se respete su vida.

Artículo 5; toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Protocolo adicional a la convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (protocolo de san salvador)

Artículo 10; toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer CEDAW

Artículo 12.1; adopción de todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombre y mujeres el acceso a servicios de atención médica.

Artículo 12.2; garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, parto y el puerperio.

Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “convención de Belén do Para”.

Artículo 1; violencia contra la mujer es cualquier acción o conducta basada, en su género que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado.

Artículo 4 b); Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce o ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden entre otros el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

Artículo 7a); Se condenan todas las formas de violencia contra la mujer. Adopción de políticas orientadas a prevenir sancionar y erradicar dicha violencia y asegurar que las autoridades sus funcionarios, personal, agentes, e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación.

Artículo 7b); Actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer.

Artículo 9; Tener en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer cuando está embarazada.

Pacto internacional de derechos civiles y políticos

Artículo 7; Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos.

Convención interamericana para prevenir y sancionar la tortura

Artículo 2; Tortura, todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos, o mentales con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica.

Convención sobre los derechos del niño

Artículo 24.1; Reconocimiento del derecho del niño al disfrute del nivel más alto posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los estados partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

Artículo 24.2; Aplicación de medidas apropiadas para, reducir la mortalidad infantil y en la niñez, asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, asegurar atención sanitaria prenatal y post natal apropiada a las madres, asegurar que se conozcan las ventajas de la lactancia materna, orientación en planificación familiar.

En el caso de violación de los derechos humanos por violencia obstétrica, será necesario analizar con detalle las conductas y las condiciones en las que se llevaron a cabo.

7.3 Soft Law

Se reconoce que el término Soft Law fue introducido al lenguaje del derecho internacional por Lord McNair, Con la expresión soft law se trataba de describir enunciados formulados como principios abstractos, presentes en todo ordenamiento jurídico, que devenían operativos a través de su aplicación judicial. La expresión soft law busca describir la existencia de fenómenos jurídicos caracterizados por carecer de fuerza vinculante, aunque no carentes de efectos jurídicos o al menos con cierta relevancia jurídica.

Con el uso del término no sólo se pretende evidenciar la existencia de determinados instrumentos internacionales que no obstante no ser vinculantes tienen relevancia jurídica, si no también albergar bajo su mando diversas manifestaciones de acuerdos interestatales y consensos internacionales que independientemente de su valor jurídico se incorporan al discurso internacional y producen ciertos efectos que repercuten de diferentes formas en la formación, desarrollo, interpretación, aplicación y cumplimiento del derecho internacional, tanto en el ámbito interno de los Estados como en el propio seno del derecho internacional.

Sin ser jurídicamente vinculante por sí mismas, la declaración universal de derechos humanos, las observaciones generales de los comités monitores de los tratados internacionales del sistema de naciones unidas y las opiniones consultivas de la corte interamericana de derechos humanos refieren como ha de entenderse la norma de un tratado y explican al estado como debe cumplir sus obligaciones.

La OMS sostiene que: “el maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos. El comité de derechos, económicos, sociales y culturales emitió la observación general 14, sobre “el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, y en el apartado relativo a la mujer y el derecho a la salud indico, que para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una

amplia estrategia nacional que busque la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida, para prevenir y tratar las enfermedades propias de las mujeres.

La observación 14 también establece que un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna.

La exigencia de suprimir todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. Por ello es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales nocivas que le niegan u obstaculizan el ejercicio de sus derechos reproductivos.

7.4 Ley General de Salud

En el capítulo V “atención materno infantil” artículo 61 de la ley general de salud dispone que toda mujer embarazada tiene derecho a obtener servicios de salud con estricto respeto de sus derechos humanos, la atención materna infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

- I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio
- II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo incluyendo la promoción de la vacunación oportuna y su salud visual
- III. La promoción de la integración y del bienestar familiar.
- IV. La detección temprana de la sordera y su tratamiento, en todos sus grados, desde los primeros días del nacimiento.
- V. Acciones para diagnosticar y ayudar a resolver el problema de salud visual y auditiva de los niños en las escuelas públicas y privadas.

ARTÍCULO 62. En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

ARTÍCULO 64. En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materna infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

- I. Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios;
- II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil.
- III. Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas de los menores de cinco años.

En el capítulo VI servicios de planificación familiar se comprende:

ARTÍCULO 67. La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad. Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

ARTÍCULO 68. Los servicios de planificación familiar comprenden:

- I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establezca el Consejo Nacional de Población.
- II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar.
- III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población.

- IV. El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana;
- V. La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar.
- VI. La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

ARTÍCULO 69. La Secretaría de Salud, con base en las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población para la prestación de servicios de planificación familiar y de educación sexual, definirá las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y a sus efectos sobre la salud.

ARTÍCULO 70. La Secretaría de Salud coordinará las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones del programa nacional de planificación familiar que formule el Consejo Nacional de Población, de conformidad con las disposiciones de la Ley General de Población y de su reglamento, y cuidará que se incorporen al programa sectorial.

ARTÍCULO 71. La Secretaría de Salud prestará, a través del Consejo Nacional de Población, el asesoramiento que para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual le requiera el sistema educativo nacional.

Así mismo en la presente ley general de salud capítulo VI "Delitos" artículo 466 nos dice "Al que sin consentimiento de una mujer o aun con su consentimiento, si ésta fuere menor o incapaz, realice en ella inseminación artificial, se le aplicará prisión de uno a tres años, si no se produce el embarazo como resultado de la inseminación; si resulta embarazo, se impondrá prisión de dos a ocho años. La mujer casada no podrá otorgar su consentimiento para ser inseminada sin la conformidad de su cónyuge".

7.5 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

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.

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 morbimortalidad 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, 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 pre gestacional 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.

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, morbilidad 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 NOM-004-SSA3- 2012, se integrará la partograma correspondiente. 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.

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

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. 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 púerperas 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:

Tipo de atención del parto Fecha y hora de nacimiento. 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. Anotar si existen anomalías congénitas, enfermedades, o lesiones 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.

7.6 Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia para Operación Cesárea

Estrategias Para Disminuir la Frecuencia de Operación Cesárea:

Existe evidencia de que admitir pacientes con falso trabajo de parto a la sala de trabajo de parto y realizar inducciones innecesarias incrementa el número de cesáreas esperar un trabajo de parto espontáneo también disminuye el número de cesáreas.

Se recomienda ofrecer a la embarazada información basada en la evidencia y el apoyo que les permita tomar decisiones informadas sobre el parto.

Proporcionar a las embarazadas informaciones durante el control prenatal que incluya indicaciones de parto y cesárea, implicaciones de los procedimientos, riesgos y beneficios asociados e implicaciones para futuros embarazos y nacimientos.

Ingresar a la paciente en fase activa del trabajo de parto a sala de labor y no realizar inducciones innecesarias del trabajo de parto.

Se considera inducción de parto innecesaria cuando la paciente padece VIH, 2 cesáreas previas, situación transversa, presentación pélvica, placenta previa total, antecedente de cirugía uterina, cardiopatía clase III y IV, estado fetal inestable,

hidrocefalia fetal, malformaciones fetales, embarazo gemelar, primer gemelo pélvico, herpes genital activo, tumor que obstruya el canal de parto, cerclaje vía abdominal, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, producto óbito mayor de 30 SDG en paciente sin trabajo de parto por más de 24 horas. Se recomienda que toda embarazada con periodo intergenésico menor a 18 meses, la resolución obstétrica sea por operación Cesárea para disminuir el riesgo de Ruptura Uterina.

Se recomienda promover que toda paciente sometida a Operación Cesárea deberá egresar del Hospital con un método temporal o definitivo de anticoncepción. Involucrar a la paciente, sus familiares y al equipo de salud en los programas de educación continua. Realizar talleres periódicos sobre vigilancia fetal electrónica y manejo activo del trabajo de parto.

Utilizar oxitocina y analgesia obstétrica cuando la paciente se encuentre en la fase activa del trabajo de parto (4-5 cm de dilatación). Utilizar la oxitocina, en forma cuidadosa y con monitorización electrónica en la fase activa del trabajo de parto, en pacientes con antecedente de cesárea.

Inducción del Trabajo de parto:

El uso de prostaglandinas para la madurez cervical o inducción del trabajo de parto, con cesárea previa no es aconsejable en la mayoría de las mujeres. Existe evidencia que la madurez cervical con prostaglandinas incrementa la incidencia de ruptura uterina hasta 15 veces, en comparación las mujeres en que se realiza cesárea electiva.

El misoprostol no se recomienda para la maduración cervical ya que se asocia a ruptura uterina en pacientes con cesárea previa.

No se recomienda el uso de prostaglandinas para la madurez cervical, en pacientes con cesárea previa.

El trabajo de parto espontáneo se asocia más un parto vaginal exitoso, que cuando el trabajo de parto es inducido.

Se recomienda ofrecer en mujeres con embarazo no complicado mayor a 41 semanas la inducción del trabajo de parto.

En pacientes con embarazo de término en trabajo de parto sin patología asociada

o condición materna y/o fetal que contraindique la resolución por vía vaginal, ésta será la preferida, para disminuir la morbilidad asociada a la práctica de la cesárea sin una indicación médica.

La resolución del embarazo a término por vía vaginal, es la indicada en pacientes sin patología asociada y sin condición materna y/o fetal que contraindique la misma. En pacientes con embarazo de término en trabajo de parto y patología asociada no complicada, (Pre eclampsia, hipertensión crónica, diabetes mellitus, diabetes gestacional, enfermedades tiroideas, cardiopatías, epilepsia, asma crónica, trombocitopenias, hepatitis, enfermedad trombo embolica, enfermedades autoinmunes, insuficiencia renal) la vía de resolución preferida debe ser la vaginal, a menos de que exista contraindicación materna y/o fetal para ella.

La mayoría de las pacientes con embarazo de término en trabajo de parto, con patología asociada no complicada son candidatas para una prueba de trabajo de parto Prueba de Parto Vaginal en Pacientes con Antecedente de Cesárea en Embarazo Previo:

No hay contraindicación con el antecedente de una cesárea previa tipo Kerr para ofrecer una prueba de trabajo de parto. Para un parto seguro después de cesárea se recomienda que se compruebe que la pelvis materna sea adecuada y que la paciente se atienda en un Hospital en donde cuente con todos los recursos como obstetra, pediatra, anestesiólogo y quirófano.

Se recomienda intentar un parto vaginal después de una cesárea en aquellas pacientes que solamente tengan una incisión transversal y que sean atendidas en medio hospitalario. Se deberá solicitar consentimiento bajo información.

Para la prueba de parto vaginal en mujeres con cesárea previa se deberá contar con monitorización electrónica fetal continua.

Estudios observacionales no han demostrado que la talla materna y el tamaño del feto determinado por clínica o ultrasonido sea de utilidad en la predicción de la falla en el progreso del trabajo de parto.

Se sugiere no utilizar la talla materna ni la talla fetal como predictores para la falla del progreso de trabajo de parto.

Se sugiere utilizar parto gramas con una línea de acción de 4 horas para monitorear

el progreso del trabajo de parto en mujeres con trabajo de parto espontáneo con embarazo único y antecedente de cesárea previa ya que se reduce la posibilidad de realización cesárea.

Se debe registrar en el expediente clínico el tipo de incisión de la cesárea previa en toda mujer en que se planea el parto.

Las pacientes que son candidatas para parto después de cesárea no deberán tener antecedente de ruptura uterina ni otras cicatrices uterinas previas. Debe existir un equipo médico disponible durante el trabajo de parto activo, quien efectúe una cesárea de urgencia si es requerido.

La anestesia epidural puede ser utilizada en mujeres en las que se está planeando un parto vaginal después de cesárea ya que este raramente enmascara la ruptura uterina.

La analgesia epidural puede recomendarse en mujeres que van a intentar un parto después de una cesárea previa.

Se debe contraindicar el parto después de la cesárea en los siguientes casos:

- 1) Cesárea previa clásica, en "T" o cirugía previa trans fúndica
- 2) Ruptura uterina previa
- 3) Complicación médica u obstétrica que contraindique un parto vaginal,
- 4) Incapacidad de efectuar una cesárea de emergencia, debido a falta de cirujano, anesthesiólogo o quirófano.
- 5) Antecedente de dos o más cesáreas previas.

Los factores que se asocian a baja probabilidad de parto exitoso son:

- 1) Inducción del trabajo de
- 2) Obesidad materna;
- 3) Edad materna mayor de 40 años;
- 4) Peso fetal mayor de 4000gr.

Los beneficios de un parto vaginal después de cesárea son

- 1) Menor estancia hospitalaria

- 2) Menor sangrado
- 3) Menor probabilidad de infección
- 4) Menos eventos trombo-embólicos

Las pacientes programadas para cesárea y con factores predictivos para hemorragia obstétrica, se sugiere contar con sangre disponible previo al procedimiento quirúrgico.

7.7 Guía de Práctica Clínica uso racional de la episiotomía.

La episiotomía es realizada con la finalidad de ampliar el canal de parto y prevenir los desgarros perineales, pero su uso rutinario ha sido cuestionado. Los beneficios en relación a la episiotomía media comparada a la episiotomía media lateral no son claros. La episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comúnmente realizados en obstetricia. La episiotomía ha sido descrita en la literatura médica hace más de 300 años, pero no fue sino hasta la década de 1920 en que se popularizó su uso; con el incremento de la atención del parto en hospitales y por obstetras capacitados, con el propósito de facilitar el segundo periodo de trabajo de parto y para mejorar tanto el resultado materno como neonatal. Por otro lado, los efectos adversos por el uso rutinario de la episiotomía son extensión de la episiotomía al esfínter del ano o recto, cicatrización inadecuada con asimetría o cierre excesivo del introito vaginal, prolapso vaginal, fistula recto- vaginal, fistula en ano, mayor pérdida sanguínea, hematomas, dolor, edema de la región de la episiotomía, infección y dehiscencia, así como disfunción sexual, además de aumentar costos por el uso rutinario de la episiotomía.

Las lesiones anteriores del periné, involucran a los labios mayores y menores, cara anterior de vagina, uretra o clítoris y por lo regular con poca morbilidad; la lesión posterior del periné, involucra a la cara posterior de la vagina, los músculos perineales y el esfínter anal. Los desgarros se clasifican: en primer grado (cuando afecta piel del periné y mucosa vaginal solamente); segundo grado (afectando también músculos perineales); tercer grado (cuando involucra además al esfínter del ano); cuarto grado (todo lo anterior y epitelio anal).

A pesar de no contar con suficiente literatura al respecto; la episiotomía a través de

los años se ha convertido en un procedimiento de rutina; subestimando las posibles consecuencias adversas de la misma.

La finalidad de la guía de práctica clínica es establecer una referencia nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible. Las evidencias encontradas en la guía de práctica clínica respecto a los tipos de episiotomía;

La episiotomía restrictiva parece tener un número de ventajas con respecto a las políticas basadas en la episiotomía rutinaria. Hay menos trauma perineal posterior, menos necesidad de sutura y menos complicaciones.

La episiotomía medio lateral deberá realizarse cuidando una angulación de 40° a 60° respecto a la línea media para evitar extensión hacia el esfínter.

La episiotomía media tiene mayor riesgo de extensión hacia el esfínter anal (desgarro de tercer grado) o rectal (desgarro de cuarto grado).

La técnica de la episiotomía media lateral es una incisión que se realiza por lo menos a 45 grados de la línea media, es más comúnmente usada en muchos países debido a que maximiza el espacio perineal, mientras que reduce las probabilidades de desgarros de tercer o cuarto grado.

Dos ensayos recientes también fracasaron, en demostrar que la episiotomía mejora los resultados perineales, proporciona una mejor protección al periné o facilita el parto vaginal instrumentado.

Las desventajas reportadas para la episiotomía medio lateral incluye: dificultad para repararla, mayor pérdida sanguínea y posiblemente mayor incomodidad postparto temprana.

La episiotomía medio lateral ha ganado popularidad debido a que es fácil de realizar y de reparar, se reporta menor dolor post parto y dispareunia con esta técnica.

De acuerdo con una revisión sistemática reciente los mejores datos disponibles no apoyan el uso de la episiotomía liberal o de rutina. Sin embargo, hay indicaciones maternas o fetales, que ameritan su realización para evitar graves laceraciones maternas o acelerar los partos difíciles.

Las recomendaciones que la guía nos ofrece sobre los tipos de episiotomía

El uso restringido de la episiotomía es el preferido al uso rutinario de la episiotomía. La episiotomía medio lateral puede ser preferible por sobre la episiotomía media y está solo en determinados casos realizarse.

La técnica de la episiotomía media, se asocia con el daño del esfínter anal y recto en mayor grado que la episiotomía medio lateral.

Cuando está indicada la episiotomía, la elección es con la técnica medio lateral ya que disminuye la posibilidad de lesiones de tercer y cuarto grado de extensión y daño perineal.

Indicaciones basadas en la evidencia

Otra de las revisiones sistemáticas sugiere que el uso rutinario de la episiotomía medio lateral comparada con el uso restringido no protege contra trauma en el esfínter anal, pero la episiotomía media causa más desgarros en el esfínter anal.

Del mismo modo en otro estudio de la función perineal muscular perineal, las mujeres a quienes se les realizo episiotomía se recuperaba menos la función muscular perineal post parto que las mujeres en quienes no se les realizo episiotomía, por lo que los investigadores concluyeron que el uso de la episiotomía para la preservación de la función muscular perineal no se justifica.

Un estudio prospectivo de 519 mujeres primíparas comparo aquellas quien se les realizo episiotomía medio lateral con aquellas quienes no se les realizo o tuvieron desgarros de primer y segundo grado y no encontraron evidencia de incontinencia urinaria, anal o prolapso genital.

Existe un consenso acerca que el riesgo de incontinencia aumenta con el incremento del grado de trauma pélvico. Un estudio acerca de la extensión de episiotomía demostró que la ocurrencia de un desgarro de cuarto grado fue mayormente asociada con incontinencia anal.

El único factor de riesgo para desgarro de tercer o cuarto grado parece ser la realización de la episiotomía media sugiriendo así que evitar realizar la misma es el mejor camino para minimizar el riesgo de un subsecuente daño extensivo del perineo.

Dos estudios recientes demostraron que la episiotomía no aumenta el beneficio

neonatal, así como no provee mejor protección al periné y no facilita el parto vaginal instrumentado.

En cuatro estudios de cohorte, los investigadores preguntaron a las pacientes acerca de si habían tenido episodios de incontinencia anal y un examen incluía examen físico. La episiotomía no se encontró asociada con una reducción de riesgo de incontinencia fecal o de flatos.

Una revisión sistemática de episiotomías rutinaria versus episiotomía restrictiva no encontró evidencia para apoyar el uso de la episiotomía para prevenir daño del suelo pélvico.

Se ha sugerido que la episiotomía está indicada en casos donde se requiere acelerar la segunda fase del trabajo de parto, se justifica también en casos en que la aceleración espontánea puede ser alta, en qué circunstancias clínicas tales como frecuencia cardíaca fetal en rangos alarmantes, parto vaginal operatorio, distocia de hombros y en casos en el que el cuerpo perineal se piensa que inusualmente corto. Datos actuales y opinión de clínicos sugiere que hay insuficientes objetivos basados en evidencia para recomendar la episiotomía y en especial la de rutina y que el criterio clínico sugiere siendo la mejor guía para el uso de este procedimiento.

Algunos autores han abogado en cuanto a que la episiotomía es parte esencial en el manejo de la distocia de hombros en todos los casos, sin embargo, otros sugieren que el realizarla no afecta el resultado. Los autores de un estudio han concluido que la episiotomía no disminuye el riesgo de lesión del plexo braquial provocado por la distocia de hombros.

El grupo de manejo de emergencias y trauma obstétricos sugiere un enfoque selectivo, reservando el uso de la episiotomía para facilitar maniobras tales como nacimiento del brazo posterior o rotación interna de los hombros. Por lo tanto, la episiotomía deber ser considerada, pero no es obligatoria.

La episiotomía no debe realizarse durante parto vaginal espontáneo, no es indispensable en caso de parto vaginal instrumentado, no previene el daño en el piso pélvico dejando incontinencia.

Así mismo nos recomiendo que la episiotomía no es indispensable en todos los

casos de distocia de hombros.

La evidencia encontrada en la cuestión de reparación de la episiotomía; la episiotomía media tiende a ser una simple incisión para reparar incluso si se requiere reparar la mucosa rectal y el esfínter anal. Para cualquier técnica, el cierre en dos planos a mostrado que disminuye el dolor pos parto y la curación de las complicaciones comparado con el cierre en tres tiempos.

Un estudio comparo sutura separada y continua, encontrando menos dolor post parto y a los tres meses con sutura sub dérmica continúa.

Las técnicas de sutura continua, para el cierre perineal, comparado con los puntos separados se asociaron con menor dolor a corto plazo. Más aún si la técnica, con sutura continua es utilizada para todos los planos (vagina, músculos perineales y piel) comparado con solamente la piel del perineo, la reducción de dolor fue todavía más grande.

Varios materiales de sutura, han sido utilizados para la reparación de la episiotomía, con datos limitados de superioridad de un tipo de material sobre otro. Una sutura mínimamente reactiva es el absorbible ácido poli glicólico y este puede ser preferible al catgut crómico porque causa menor dolor perineal y dispareunia.

Los siguientes factores elevan el riesgo de lesiones perineales, considerando como del 1% un parto vaginal por sí mismo

- Peso del producto mayor a 4kg (2%)
- Variedad en posición occipito posterior persistente (3%)
- Nuliparidad (4%)
- Inducción de labor (2%)
- Analgesia epidural (2%)
- Periodo expulsivo mayor a una hora (4%)
- Distocia de hombros (4%)
- Uso de fórceps (7%)

El inconveniente de utilizar menos material reactivo es la absorción más lenta que puede raramente resultar en la necesidad de retirar la sutura.

7.8 VIGILANCIA Y ATENCIÓN AMIGABLE EN EL TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZO DE BAJO RIESGO

En México, los antecedentes referentes a los cuidados del embarazo y la atención del parto datan de la época prehispánica, en la que se consideraba al embarazo como un proceso divino.

Entre otros sucesos históricos relevantes, cabe señalar que, en el periodo novohispano, el ejercicio de la obstetricia estuvo principalmente en manos de las parteras; mientras que, en el periodo virreinal, el hombre fue excluido de la labor de parto y la mujer adoptaba la posición de sentada en el momento de parir y es hasta el siglo XIX, que se puso en práctica la posición de litotomía. En 1772, Don Antonio María de Bucareli y Ursúa, expidió una circular donde se apoyaba la práctica de la cesárea con tal de salvaguardar la vida del feto y en 1774 se creó el Departamento de Partos Reservados en el Hospital de los Pobres de la Ciudad de México, que estuvo a cargo del clero y que tenía por objetivo mantener en secreto la identidad de la parturienta y evitar el infanticidio en caso de que el embarazo fuera por causa del adulterio.

En la segunda mitad del siglo XIX la emperatriz Carlota fundó la “Casa de Maternidad” y los médicos cirujanos comenzaron a intervenir en la atención del parto, destacando dos cirujanos hábiles de la época, Francisco Montes de Oca y José Miguel Muñoz. Posteriormente, el Dr. Isidro Espinoza de los Reyes publicó su libro “Apuntes sobre puericultura intrauterina”, en el cual se estableció una relación entre las medidas higiénicas y la sanidad con el recién nacido.

En 1905, se fundó el Hospital General, así como otros hospitales y maternidades, lo que dio lugar a que en 1925 se comenzaron a atender más partos en los hospitales que en las casas, incorporando recomendaciones de los reportes científicos de la literatura médica norteamericana y francesa, lo que sentó las bases para la obstetricia moderna en México, en donde el médico vuelve a tomar un papel fundamental en los cuidados del trabajo de parto, aplicando técnicas y procedimientos basados en la ciencia, bajo el ambiente controlado de un hospital, siempre con la intención de disminuir la morbilidad materna y perinatal. El nacimiento, es un proceso natural con un profundo significado cultural y social, por

lo que es fundamental que el personal de salud encargado de su cuidado otorgue atención médica integral con calidad, calidez y seguridad, que coadyuve a reducir la morbimortalidad materna con la aplicación de un nuevo modelo de atención que limite el uso de prácticas clínicas innecesarias y permita que la madre pueda reincorporarse a su vida familiar, social y laboral, así como también que el recién nacido pueda continuar con normalidad su crecimiento, desarrollo e integración en el entorno familiar y social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), preocupada por la creciente medicalización y deshumanización durante la atención del parto, ha postulado el concepto de cuidados durante el parto para una experiencia positiva durante nacimiento, donde incluye recomendaciones basadas en evidencia para la atención obstétrica amigable como una estrategia fundamental para disminuir la mortalidad materna, lo que coadyuva en la creación de un modelo de atención con trato respetuoso e igualitario, con bases científicas, que permite mejorar la calidad de la atención, la comunicación y la confianza entre el personal de salud y la mujer gestante. En el mundo cada año ocurren aproximadamente 140 millones de nacimientos, entre los cuales la mayoría son en mujeres sin factores de riesgo, que inician el trabajo de parto de modo espontáneo entre la semana 37 y 42 de gestación y que posterior a una evolución fisiológica terminan con el nacimiento por vía vaginal de un recién nacido sano que deberá adaptarse de forma adecuada a la vida extrauterina.

Es durante la atención del parto no complicado que el profesional de la salud debe otorgar una atención integral, con énfasis en la vigilancia en el proceso del trabajo de parto, realizando el menor número posible de procedimientos activos, sin perder de vista el profundo significado emocional y cultural con respecto al nacimiento de un nuevo ser vivo.

Durante 2016, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda, se registró una población de 61.5 millones de mujeres, de las cuales el 53.3% se encuentran en edad reproductiva (15-49 años). El 67.4% de las mujeres mayores de 12 años ha tenido al menos un hijo vivo, lo que indica que 32.8 millones de mujeres han necesitado asistencia durante el nacimiento y puerperio. (INEGI, 2016). Esta

asistencia ha sido otorgada, según información de la Secretaría de Salud, por personal capacitado en el 98.2% de los casos, lo que ha permitido reducir la tasa de mortalidad materna y las muertes evitables de recién nacidos. Sin embargo, en los últimos años ha surgido una creciente preocupación no solo por abatir las cifras de muerte materna y perinatal, sino por el de atender la creciente demanda de instituciones, pacientes y organismos internacionales respecto a la calidad de los servicios de salud, dentro de los que destaca el tema del maltrato durante la atención obstétrica.

En la actualidad, la atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio requiere de un enfoque humanizado, intercultural y seguro, libre de violencia y sin medicalización innecesaria, que reconozca y valore la autonomía de las mujeres, su protagonismo durante el parto, garantice sus derechos y respete los aspectos socioculturales de las mujeres y su familia.

Las principales intervenciones que han probado mejorar la experiencia del nacimiento son: apoyo a la madre durante el nacimiento, empleo de técnicas de relajación y de alivio del dolor, mínima intervención durante la vigilancia del trabajo de parto y estar preparados para el manejo de complicaciones.

Se recomienda que en la atención a todas las mujeres en trabajo de parto se procure mantener su dignidad, privacidad y confidencialidad, así como el asegurar la ausencia de daño y maltrato, permitiendo la posibilidad de una elección informada y continua durante el trabajo de parto y el nacimiento.

La duración del primer periodo del trabajo de parto aumenta con la edad materna y el índice de masa corporal.

Se recomienda considerar a la fase latente del trabajo de parto como el periodo caracterizado por contracciones uterinas dolorosas que causan modificaciones cervicales y que incluyen dilatación cervical menor a 5 centímetros.

A las mujeres con embarazos no complicados se les debe dar la oportunidad de que inicien trabajo de parto espontáneo. Así mismo, se les debe ofrecer la inducción de trabajo de parto entre las semanas 41 y 42, para evitar los riesgos inherentes al embarazo prolongado.

El personal médico no deberá indicar el ingreso de la mujer a sala de labor de la

mujer durante la fase latente del trabajo de parto (igual o menor de 4 centímetros de dilatación). En caso de indicar el egreso a domicilio, se le debe de informar a la mujer embarazada acerca de los signos de alarma obstétrica y las diferencias entre las contracciones de Braxton Hicks y las contracciones efectivas del trabajo de parto, así como entre las pérdidas trans vaginales normales y las sugestivas de ruptura del amnios.

La fase activa del trabajo de parto es un periodo de tiempo que se caracteriza por actividad uterina regular dolorosa asociado a modificaciones cervicales inicia a los 5 centímetros de dilatación y culmina con la dilatación cervical completa.

No se recomienda la Cardiotocografía rutinaria para establecer el bienestar fetal en mujeres sanas con embarazo normo evolutivo que hayan desencadenado trabajo de parto espontáneo.

Se recomienda auscultar la frecuencia cardiaca fetal, ya sea con Pinard o con monitor fetal Doppler, para establecer el bienestar fetal en el momento del ingreso de la mujer a sala de labor.

No se recomienda realizar pelvimetría de rutina en mujeres sanas en el momento de su ingreso a sala de labor, no se recomienda el rasurado rutinario del vello púbico, no se recomienda realizar enemas evacuantes en el momento del ingreso de la mujer a sala de labor.

Se deberá favorecer la micción espontánea al momento del ingreso a sala de labor. Se requiere comunicación efectiva entre los proveedores del cuidado de la salud y las mujeres en trabajo de parto, usando términos simples y culturalmente aceptables. Durante la fase activa del trabajo de parto, se recomienda el acompañamiento continuo (por familiar o personal de salud) en mujeres con embarazo no complicado.

Se recomienda auscultar intermitentemente la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto de mujeres sanas (cada 15 a 30 minutos), ya sea con Pinard o con monitor fetal Doppler, durante un minuto inmediatamente después de la contracción. En mujeres con trabajo de parto no complicado, se recomienda la ingesta de líquidos claros. Se recomienda la libre movilidad y adopción de la postura vertical durante el trabajo de parto de mujeres sanas.

Dado que no se encuentra evidencia que apoye o rechace el uso de la exploración vaginal de rutina durante el trabajo de parto, se puede considerar la realización de tacto vaginal cada cuatro horas, durante la fase activa del primer periodo del trabajo de parto.

No se recomienda realizar amniotomía rutinaria para abreviar el trabajo de parto, no se recomienda el uso rutinario de oxitocina para abreviar el trabajo de parto. No se recomienda el uso rutinario de antiespasmódicos para abreviar el trabajo de parto.

Dada la gran variabilidad reportada en la tasa de dilatación durante el primer periodo de trabajo de parto, no se recomienda emplear el criterio de dilatación de 1cm/h como referencia para diagnosticar la de falta de progresión de trabajo de parto. No se recomienda dirigir el pujo materno durante el segundo periodo del trabajo de parto, Se recomienda retrasar, en una o dos horas, el momento de inicio del pujo materno durante el segundo periodo del trabajo de parto en mujeres con analgesia epidural, Se recomienda escuchar intermitentemente la frecuencia cardiaca fetal al término de una contracción, cada 5 minutos.

Se recomienda permitir la libre adopción de postura durante el nacimiento (incluyendo la posición vertical) a mujeres con y sin analgesia epidural.

Se recomienda emplear técnicas para prevenir el trauma perineal durante el segundo periodo del trabajo de parto, como aplicación de compresas calientes y la protección manual del periné.

Puede valorarse la práctica de la episiotomía en casos de periné corto; presentación de cara, compuesta o de nalgas; así como ante la presencia de distocia de hombros o necesidad de parto instrumentado. Siempre deberá realizarse bajo analgesia adecuada, y la técnica recomendada es la media lateral. Para facilitar el nacimiento, no se recomienda aplicar presión en el fondo del útero durante el periodo expulsivo (maniobra de Kristeller).

Se recomienda realizar pinzamiento del cordón umbilical, por lo menos durante 60 segundos después del nacimiento en recién nacidos de término o pre término que no requieran ventilación con presión positiva, Se debe considerar el pinzamiento inmediato del cordón umbilical ante la presencia de desprendimiento de placenta, placenta previa, ruptura uterina, desgarro del cordón, paro cardiaco

materno o asfixia neonatal.

Se recomienda administrar uterotónicos durante el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto, para reducir el riesgo de hemorragia posparto, Se recomienda administrar 10 UI de oxitocina (IV o IM), como uterotónico de elección para el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto.

No se recomienda administrar antibiótico profiláctico en mujeres después de un parto sin complicaciones. Se recomienda que los recién nacidos sin complicaciones tengan contacto piel con piel durante la primera hora después del nacimiento, con la finalidad de promover la lactancia materna.

No se recomienda la aspiración rutinaria de boca y fosas nasales en neonatos que han nacido con líquido amniótico claro y que inician respiración espontánea.

Se recomienda que a todos los recién nacidos se les administre 1 mg de vitamina K intramuscular después del nacimiento como profilaxis para enfermedades hemorrágicas. Se recomienda el baño del recién nacido 24 horas después del nacimiento se debe procurar que la vestimenta del neonato sea adecuada y se encuentre a temperatura ambiente.

Se recomienda la analgesia epidural para el alivio del dolor en mujeres sanas que así lo soliciten, más no debe de ofrecerse de manera rutinaria, Se recomienda administrar la anestesia regional en el momento en que la mujer en trabajo de parto lo solicite, aún durante la fase latente.

Se recomienda el uso de técnicas de relajación para el control del dolor de mujeres sanas durante el trabajo de parto, como respiración profunda, relajación muscular progresiva y musicoterapia.

La implementación del uso de la pelota obstétrica puede ser una estrategia para disminuir el dolor durante el trabajo de parto. Después del nacimiento, todas las madres deben de recibir apoyo para iniciar la lactancia, dentro de la primera hora del puerperio, todas las mujeres deberán recibir apoyo práctico que les permita establecer la lactancia y manejar las dificultades más comunes.

7.9 Declaración de la OMS

En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante

el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Esta declaración reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos.

Garantizar el acceso universal a una salud sexual y reproductiva segura, aceptable y de buena calidad, especialmente el acceso a los anticonceptivos y a la atención de la salud materna, puede reducir drásticamente los índices globales de morbilidad materna. En las últimas décadas, han mejorado los índices de parto en centros de salud, dado que, con mayor frecuencia, se incentiva a las mujeres a concurrir a estos para la asistencia del parto mediante estrategias de generación de la demanda, la movilización de la comunidad, la educación, los incentivos financieros o las acciones políticas.

Sin embargo, un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y, en particular, el parto, plantean un panorama alarmante. Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud. Esta es una violación de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios. Si bien es posible que, durante el embarazo, el parto y el puerperio, se trate a las mujeres de manera irrespetuosa y ofensiva, hay que tener presente que ellas son especialmente vulnerables durante el parto. Estas prácticas podrían tener consecuencias adversas directas tanto en la madre como en el bebé.

En los informes sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, se hace mención a un evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto lo que deriva en complicaciones potencialmente

mortales, pero evitables, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago.

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

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

El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos.

En particular, las embarazadas tienen derecho a recibir un trato igual de digno que otras personas, a tener la libertad de solicitar, recibir y transmitir información, a no sufrir discriminación y a obtener el más alto nivel de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva.

A pesar de la evidencia presente, que sugiere que el trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres durante el parto en centros de salud es bastante frecuente, en la actualidad, no hay consenso internacional sobre cómo definir y medir, científicamente, el maltrato ni la falta de respeto. Por consiguiente, se desconocen su prevalencia e impacto en la salud, el bienestar y elecciones de las mujeres. Existe una notable agenda de investigación para lograr una mejor definición, medida y comprensión del trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres en el parto, y cómo prevenirlo y erradicarlo.

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

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

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

2.-Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad se requieren más iniciativas para respaldar los cambios en el comportamiento de los profesionales de la salud, los entornos clínicos y los sistemas de salud a fin de garantizar que todas las mujeres tengan acceso a servicios de atención materna respetuosos, competentes y comprensivos. Entre otras iniciativas, pueden mencionarse el apoyo social a través de un acompañante elegido por la paciente, la movilidad, el acceso a alimentos y líquidos, la confidencialidad, la privacidad, la decisión informada, la información impartida a las mujeres sobre sus derechos, mecanismos de resarcimiento en caso de violación de derechos y garantía de un alto nivel de provisión de asistencia clínica profesional.

Priorizar la atención segura, de alta calidad y centrada en las personas como parte de la cobertura de salud universal también podría ayudar a formular acciones.

3.-Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud digna y respetuosa en el embarazo y el parto. Los marcos internacionales de derechos humanos resaltan el maltrato y la falta de respeto en el parto como un problema importante en lo que refiere a este. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud campo, y pueden servir de referencia a los defensores de la salud de las mujeres para concientizar y

elaborar iniciativas políticas sobre la importancia de la atención materna respetuosa. Estrategias basadas en los derechos para organizar y administrar los sistemas de salud pueden facilitar la prestación de una atención respetuosa, y de calidad en el parto.

4.-Es necesario generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso. Los sistemas de salud deben responsabilizarse del trato brindado a las mujeres en el parto y de garantizar que se elaboren y se ejecuten políticas claras sobre derechos y normas éticas. Los profesionales de la salud en todos los niveles necesitan respaldo y capacitación para asegurar que las mujeres embarazadas sean tratadas con comprensivos y dignidad. Es necesario identificar, estudiar y documentar los servicios de salud que actualmente brindan atención materna, respetuosa, fomentan la participación de las mujeres y de las comunidades, y que han puesto en práctica procesos para la supervisión y mejora continua de la atención.

5.-Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas. La erradicación del maltrato y la falta de respeto en el parto podrá lograrse solamente mediante un proceso inclusivo en el que participen las mujeres, las comunidades, los profesionales de la salud, los administradores, los organismos de capacitación, educación y certificación de profesionales de la salud, las asociaciones profesionales, los gobiernos, las partes interesadas de los sistemas de salud, los investigadores, las sociedades civiles y los organismos internacionales. Apelamos a que estas entidades aúnen esfuerzos para garantizar la identificación y la notificación sistemáticas del maltrato y la falta de respeto, y para que se ejecuten las medidas preventivas y terapéuticas pertinentes a nivel local.

8. Cuidados e Intervenciones de Enfermería en la Violencia Obstétrica

8.1 cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva

Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento Atención respetuosa de la maternidad

1.-Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.

Recomendado Comunicación efectiva

2.-Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.

Recomendado

Acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto.

3.-Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.

Recomendado Continuidad de la atención

4.-Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, postnatal y durante el parto.

se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces. A Recomendación específica en función del contexto.

Período de dilatación

Definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación

5.-Se recomienda para la práctica el uso de las siguientes definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación.

La fase latente del período de dilatación es un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm

para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes

El período de dilatación activa es un período que se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino a partir de los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes Recomendado.

Duración del período de dilatación

6.-Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra. Sin embargo, la duración de la fase activa del período de dilatación activa (a partir de los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente no excede las 10 horas en los partos subsecuentes.

Recomendado

Progreso del período de dilatación

7.-Para las embarazadas con inicio del trabajo de parto espontáneo, el umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 cm por hora durante la fase activa del período de dilatación (como se muestra en la línea de alerta de la partograma) no es preciso para identificar a las mujeres que corren riesgo de sufrir resultados adversos del parto y, por ende, no se recomienda para este propósito.

8.-Una velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres y, por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador de rutina para la intervención obstétrica.

9.-Es posible que el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar un umbral de dilatación del cuello uterino de 5 cm. Por consiguiente, no se recomienda el uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes de este umbral, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre.

Política de ingreso en la sala de preparto

10.-Para las embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo, se recomienda

una política de demora del ingreso a la sala de parto hasta el período de dilatación activa, únicamente en el contexto de la investigación rigurosa. Recomendación en función del contexto de investigación.

Pelvimetría clínica en el ingreso

11.-No se recomienda la pelvimetría clínica de rutina en el ingreso para el parto en embarazadas sanas.

Evaluación de rutina del bienestar del feto en el ingreso al trabajo de parto

12.-No se recomienda la cardiotocografía de rutina para la evaluación del bienestar del feto en el ingreso para el parto en embarazadas sanas que presentan trabajo de parto espontáneo.

13.-Se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto Recomendado.

Rasurado púbico o perineal

14.-No se recomienda el rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal. No recomendado

Enema en el ingreso

15.-No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto No recomendado.

Tacto vaginal

16.-Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo Recomendado

Cardiotocografía continua durante el trabajo de parto

17.-No se recomienda la cardiotocografía continua para evaluar el bienestar del feto en embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo.

No recomendado.

Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto

18.-Se recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal ya sea mediante un dispositivo de ecografía Doppler o un estetoscopio de Pinard para

embarazadas sanas en trabajo de parto. Recomendado

Anestesia peridural para el alivio del dolor

19.-Se recomienda la anestesia peridural para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer. Recomendado

Opioides para el alivio del dolor

20.-Los opioides de administración parenteral, como fentanilo, morfina y petidina, son opciones recomendadas para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer. Recomendado

Técnicas de relajación para el tratamiento del dolor

21.-Se recomiendan técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena (mindfulness) y otras técnicas, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer. Recomendado

Técnicas manuales para el tratamiento del dolor

22.-Se recomiendan técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer recomendado

alivio del dolor para prevenir el retraso del trabajo de parto

23.-No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto No recomendado.

8.2 Intervenciones de enfermería en el control prenatal

Es el conjunto de actividades de promoción prevención, diagnóstico y tratamiento planificadas con el fin de lograr una adecuada gestación que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones sin secuelas físicas o psíquicas para la madre, el recién nacido o la familia.

Objetivos

- Promover hábitos de vida saludable, factores protectores a las gestantes y sus familias.

- Vigilar el proceso de la gestación para prevenir controlar oportunamente los factores de riesgo biológicos psicológicos y sociales.
- Detectar tempranamente las complicaciones del embarazo y orientar el tratamiento adecuado de los mismos.
- Ofrecer educación a la pareja que permita una interrelación adecuada entre los padres e hijos mucho antes de que nazcan éstos.

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y para la crianza de su hijo. De esa forma se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el periodo perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.

El control prenatal deber ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura debe ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor.

El equipamiento básico consiste en un lugar físico con iluminación y climatización adecuada, camilla o mesa ginecológica, esfigmomanómetro, balanza con cartabón, estetoscopio de Pinard, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales, Doppler, sistema de registro clínico.

Diagnóstico de la edad gestacional:

Los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño uterino, para que estos elementos tengan importancia en su utilidad práctica, el control prenatal debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada, y por qué la relación volumen uterino/edad gestacional es adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectúe antes del quinto mes.

En niveles de atención prenatal de baja complejidad y con embarazadas de bajo riesgo, los elementos clínicos enunciados pueden ser suficientes para fijar la edad gestacional y proceder en consecuencia, idealmente, si se cuenta con el recurso ultrasonográfico, se debe practicar ese procedimiento para certificar la edad gestacional. Es necesario enfatizar que el diagnostico de edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control prenatal, debido a que todas las

acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico. El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo. La magnitud del riesgo estará dada por la prevalencia de partos, prematuros, embarazos prolongados y retardo del crecimiento intrauterino en la población obstétrica bajo control.

Diagnóstico de la condición fetal:

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- Latidos cardiacos fetales
- Movimientos fetales
- Tamaño uterino
- Estimación clínica del peso fetal
- Estimación clínica del volumen del líquido amniótico

Latidos cardiacos fetales: los LCF son auscultables con estetoscopio de pinar desde el quinto mes de embarazo (20 semanas) o con un Doppler fetal. Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardiaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal. La frecuencia cardiaca fetal se considera como normal en el rango de 120 a 160 latidos por minuto; valores inferiores o mayores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente y con signos sospechosos de hipoxia fetal.

Movimientos fetales: la percepción materna de los movimientos fetales ocurre entre las 18 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un signo de salud fetal. La disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal

Tamaño uterino: desde las 12 semanas de amenorrea el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana y puede ser medido en su eje longitudinal, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. Para esto se utiliza una cinta de medir flexible, graduada en centímetros, la cual se desliza entre el dedo medio y el índice del operador, la madre debe ubicarse en decúbito dorsal con las piernas

semiflexionadas.

La medida obtenida debe ser localizada en una tabla de altura uterina/ edad gestacional, de esta forma se obtiene indirectamente una estimación del tamaño fetal y su progresión en cada control prenatal.

Estimación clínica del peso fetal: probablemente sea uno de los contenidos que tiene dificultad en el control prenatal, ya que exige experiencia para su determinación.

Estimación clínica del volumen de líquido amniótico: las alteraciones cuantitativas del volumen del líquido amniótico constituyen un factor de alto riesgo de morbimortalidad perinatal. El oligoamnios se puede sospechar cuando hay una altura uterina disminuida, con una palpación fácil de las partes fetales. Este hallazgo debe ser siempre confirmado con ultrasonografía, el oligoamnios se asocia a rotura prematura de las membranas ovulares, retardo del crecimiento fetal, hipoxia fetal crónica y malformaciones congénitas como la agenesia renal.

El polihidramnios se sospecha cuando hay una altura uterina aumentada con palpación dificultosa de las partes fetales. Debe ser siempre confirmado con un examen ultrasonográfico, se asocia a patologías como embarazo gemelar, diabetes mellitus, hydrops fetal y malformaciones congénitas como la atresia esofágica, y del sistema nervioso central.

La evaluación de la condición materna se inicia se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que pueden influir negativamente en la gestación. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos previos, especialmente de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc.

Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos de esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad.

Se practica un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas. El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal (descartar

hemorroides, plicomas, parásitos, externos anales y pubianos, vulvovaginitis, condilomas, etc.) y vulvo vaginal (tomar Papanicolaou).

Posteriormente en cada control prenatal, se hará la evolución nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, hematocrito y examen físico según síntomas maternos.

Educación materna:

El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe de explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno al 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 de 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 a 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. La embarazada debe de estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en primera mitad (ectópico, enfermedad del trofoblasto, aborto) como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento de placenta normo insertada) y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membranas, leucorrea, escape uterino).

Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia en el grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen

las 40 semanas y no se ha producido el parto. De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas. Debe de estar informada que los movimientos fetales serán percibidos por ella misma alrededor del quinto mes de embarazo y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal.

Debe de estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la maternidad y muy especialmente la contractilidad uterina de pre termino. Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc.

Nutrición materna:

Cuando está embarazada, la nutrición es más importante que nunca. Necesita una mayor cantidad de muchos nutrientes importantes que antes del embarazo.

Necesita más ácido fólico, hierro, calcio y vitamina D que lo que necesitaba antes del embarazo:

- El ácido fólico es una vitamina B que puede ayudar a prevenir ciertos defectos congénitos. Antes del embarazo, necesita 400 microgramos por día. Durante el embarazo y la lactancia, necesita 600 microgramos por día proveniente de alimentos o vitaminas. Es difícil obtener esta cantidad solo de los alimentos, por lo que debe tomar un suplemento que contenga ácido fólico.

- El hierro es importante para el crecimiento y desarrollo cerebral de su bebé. Durante el embarazo, la cantidad de sangre en el cuerpo aumenta, por lo que se necesita más hierro para la embarazada y el bebé en crecimiento. Debe recibir 27 miligramos de hierro al día.

El calcio durante el embarazo puede reducir su riesgo de pre eclampsia, una condición médica grave que causa un aumento repentino de la presión arterial. El calcio también se acumula en los huesos y futuros dientes del bebé. Las embarazadas deben recibir 1,000 miligramos de calcio al día.

- La vitamina D ayuda al calcio a formar los huesos y dientes del bebé.

Todas las mujeres, embarazadas o no, deben recibir 600 unidades internacionales

de vitamina D al día.

Se debe considerar que tomar demasiado de un suplemento puede ser perjudicial. Por ejemplo, niveles muy altos de vitamina A pueden causar defectos congénitos. Solo se deben tomar vitaminas y suplementos minerales que el profesional de la salud recomiende.

También necesita más proteínas cuando se está embarazada. Las fuentes saludables de proteínas incluyen frijoles, guisantes, huevos, carnes magras, mariscos y nueces y semillas sin sal.

La hidratación es otra necesidad nutricional especial durante el embarazo. Cuando está embarazada, el cuerpo necesita más agua para mantenerse la embarazada y el bebé hidratado. Por eso es importante tomar suficientes líquidos todos los días.

Lactancia y cuidados neonatales: La leche de la mujer es específica para bebés. Sus componentes, proteínas y vitaminas, sus defensas y células vivas cubren todas las necesidades nutricionales y refuerzan el todavía sistema inmunológico del bebé, protegiendo contra diversas enfermedades.

El contacto físico de la lactancia materna permite una intimidad especial que facilita el vínculo afectivo. La lactancia materna facilita que el útero de la madre se contraiga y vuelva a su sitio más rápido.

Es aconsejable colocar el pecho al bebé lo antes posible, en las dos primeras horas de vida. Durante ese período el recién nacido está más despierto y receptivo; éste es el momento ideal para iniciar la lactancia. El primer contacto del recién nacido con el pezón estimula la liberación de las hormonas responsables de la salida de la leche.

Desear, confiar y vaciar son tres pasos fundamentales para una feliz lactancia natural. Escuchar al bebé es fundamental, pues sólo él sabe cuándo tiene bastante. La inmensa mayoría de las mujeres, si quieren, pueden amamantar y casi todos los bebés ser amamantados.

La lactancia materna exclusiva es ideal hasta los 5 o 6 meses pudiendo alargarse, una vez introducida la alimentación complementaria, hasta que la madre y su hijo lo decidan. La leche es distinta a lo largo de la toma y restringirla puede privar al bebé de las grasas que se producen al final. La producción de la leche se debe en gran

parte al estímulo de la succión.

Las tomas deben ser a demanda del bebé. Él ajustará la frecuencia normalmente a partir del primer mes. Para que pueda tomar bien el pecho, el bebé debe estar bien alineado: su estómago junto al estómago de la madre, la cara enfrente del pecho y la cabeza apoyada sobre el antebrazo de su madre. Si se toca la boca con el pezón se consigue que la abra bien, y acercando la cabeza conseguimos que tome el pezón y un buen trozo de la areola, agarrándose así correctamente al pecho. La postura de la madre es tan importante como la del bebé. Debe protegerse la espalda y sentarse adecuadamente, con la espalda erguida y los brazos apoyados, en respaldo recto y con los pies en el suelo. Amamantar tiene que ser algo placentero, no tiene que doler. Si el pezón duele es porque no está en su sitio, si no se corrige la postura acaban apareciendo grietas.

Las necesidades del recién nacido en sus primeros 28 días de vida se van a basar en tres pilares fundamentales: alimentación (mencionado anteriormente), higiene y descanso.

1.-Higiene:

La hora del baño proporciona la oportunidad de crear vínculos afectivos padre- hijos. Aprovechar este momento es idóneo para comunicarse con él.

El baño puede hacerse en una bañera.

Hay que tener en cuenta la temperatura de la habitación, 20-22°C

Es aconsejable lavar al bebé antes de mamar, la noche es un momento adecuado para que se relaje y descanse mejor.

Es necesario limpiar el resto de las heces antes de introducirlo en el agua.

Comprobar la temperatura del agua.

Comenzar el baño por la cara y la cabeza. Utilizar siempre un gel y un shampoo adecuado para el recién nacido.

Tras el baño secar bien la piel.

Vestir al bebé con ropa de algodón para evitar reacciones alérgicas.

2.-Descanso - Sueño:

Un bebé bien alimentado con una higiene y temperaturas adecuadas, descansará unas 3/4 partes del día.

Hay que intentar habituar al bebé paulatinamente al ritmo que todos tenemos: es decir, por el día se "vive" y en la noche se "descansa".

Orientación sexual: los contenidos de este objetivo deben ser dados a la pareja. En un embarazo fisiológico la actividad sexual no está contraindicada. Abordar la sexualidad de forma natural desde el inicio de las consultas e instar a que realicen preguntas ambos/as integrantes de la pareja (en el caso que corresponda).

No contraindicar las relaciones sexuales a menos que exista una indicación médica de peso que la fundamente. Recordar que la actividad/práctica sexual, no debe centrarse solamente en el coito vaginal debiéndose hacer explícito en la contraindicación.

Debemos recordar que no existe evidencia científica que respalde que las contracciones uterinas del orgasmo desencadenen el parto, como tampoco está comprobado que las prostaglandinas del semen lo desencadenen.

Las posiciones más cómodas para las relaciones sexuales coitales son las que evitan la presión abdominal, considerándose las que ubican a la mujer delante, ya sea en cuatro apoyos, de pie o de lado.

Se recomienda contraindicar las relaciones sexuales coitales cuando existe ruptura prematura de membranas, placenta previa, antecedentes de pérdidas recurrentes de embarazo o partos de pre término (si bien no está comprobado, podría aumentar la contractilidad uterina, pero no es causa directa de ello).

Planificación familiar: se deben introducir conceptos generales de planificación familiar, los cuales deben ser profundizados y consolidados en el primer control prenatal.

Preparación para el parto: la atención integral del control prenatal debe incluir un programa de preparación para el parto donde se informa a la paciente cuales deben de ser los motivos de ingreso a la maternidad, los periodos del trabajo de parto, anestesia, ejercicios de relajación, pujo y tipos de parto.

8.3 Cuidados de enfermería en el primer trimestre de embarazo

Es un tiempo de preparación física y psicológica para el nacimiento y la maternidad las mujeres esencialmente sanas buscan cuidados y orientación regulares. Los cuidados durante el primer trimestre de embarazo son fundamentales en la vida del bebe, sus síntomas han de ser tratados mes a mes con las debidas precauciones. El primer trimestre se extiende desde la primera semana hasta la semana 13, muchas mujeres acuden a la primera cita una vez que una prueba de embarazo dio positiva.

Gestión de los cuidados de enfermería:

- lista de revisión para el primer trimestre
- diagnóstico y FPP
- cronograma y eventos de las visitas
- asesoría para el autocuidado
- plan para el nacimiento

- molestias / adaptaciones
- cambios mamarios
- frecuencia urinaria
- náuseas y vomito
- obstrucción nasal y epistaxis
- gingivitis y épulis
- leucorrea
- fatiga
- respuesta psicosocial y dinámica familiar
- ejercicio y reposo
- relajación
- nutrición
- sexualidad
- variaciones culturales

Una lista de revisión de las necesidades y cuidados durante el embarazo es una herramienta valiosa y brinda a la profesional de la salud un recurso de comunicación

para evitar brechas en el cuidado e identificar áreas de preocupación para las mujeres embarazadas.

Entrevista:

Es la relación terapéutica entre la enfermera y la mujer se establece durante la entrevista inicial de valoración. La información recabada es de dos tipos; la apreciación subjetiva de la mujer sobre su estado de salud y las observaciones objetivas de la enfermera.

Durante la entrevista la enfermera observa, la postura, lenguaje corporal, el color de la piel, y otros signos físicos y emocionales.

A menudo la paciente viene acompañada, por uno o más miembros de la familia.

Historia obstétrica ginecológica:

Se obtiene la información, sobre la edad de la menarquia, la historia menstrual, y la historia de la planificación familiar, la naturaleza de cualquier condición de infertilidad o ginecológicas.

Historia clínica:

Incluye aquellas situaciones médicas o quirúrgicas que afectan o puedan verse afectadas por el embarazo.

Historia dietaría:

La historia dietaría de la mujer embarazada es un componente importante de la historia prenatal porque su estado nutricional tiene un efecto directo en el crecimiento y desarrollo del feto. Una valoración de la dieta puede revelar prácticas alimenticias especiales, alergias a los alimentos, comportamientos de alimentación y otros factores relacionados con su estado nutricional.

Las mujeres embarazadas por lo general están motivadas para aprender sobre la buena alimentación y responden bien a la respuesta concerniente a la buena nutrición generada por esta valoración.

Uso de drogas:

Debe evaluarse el uso pasado o presente de drogas legales (de descripción médica,

medicamentos de venta libre, cafeína, alcohol, nicotina) e ilegales (marihuana, cocaína, heroína) porque muchas sustancias atraviesan la placenta y puede, por tanto causar daños al feto en desarrollo. Con frecuencia se recomiendan las pruebas periódicas de screening toxicológico durante el embarazo de las mujeres que tienen una historia de uso de drogas ilegales.

Historia familiar:

La historia familiar proporciona información sobre la familia inmediata de la mujer, incluyendo sus padres, hermanos e hijos. Ayuda a identificar trastornos familiares o genéticos o situaciones que puedan afectar al estado de salud presente de la mujer o del feto.

Historia social o experiencial:

Los factores situacionales como el entorno étnico y cultural de la familia y el estado socioeconómico se determinan durante el interrogatorio para obtener la historia social y antecedente. Las percepciones que tiene la mujer sobre su embarazo se exploran formulándose preguntas como las siguientes: ¿este embarazo es deseado o no? ¿Fue planeado o no? La mujer/ su pareja está complacidos, disgustados, aceptan o no aceptan? ¿El embarazo es de ella o de ellos? Que problemas pueden presentarse a causa del embarazo: financieros, profesionales, ¿o de vivienda?

La enfermera precisa información sobre las capacidades de toma de decisiones que poseen la mujer o la pareja sobre sus hábitos de vida. Los factores estresantes comunes que se han identificado durante el embarazo y la crianza incluyen los aspectos de bienestar social del bebe, la dilatación y el parto, los comportamientos del recién nacido, la relación de la madre con el padre del bebe, los cambios en la imagen corporal y los síntomas físicos.

Plan de cuidados e implementación

La relación enfermera-paciente es de vital importancia para establecer el carácter del resto de las interacciones. Las técnicas de escuchar con una expresión atenta, establecer contacto físico y visual tienen su lugar, al igual que reconocer los

sentimientos de la mujer y su derecho a expresarlos.

En ocasiones las mujeres buscan varias veces información sobre un problema concreto. En otras, puede existir otro problema subyacente que la mujer no se atreve a revelar. La enfermera debe buscar usar su astucia para identificar aquellas necesidades no expresadas y puede ayudar a la mujer solicitando una solución generada por la paciente y el informe posterior de su actividad.

Cuando apoya a un apaciente, la enfermera debe recordar que tanto ella como la mujer están contribuyendo a la relación. La enfermera debe aceptar las respuestas de la mujer como un factor cuando trata de ser de ayuda. Es preciso también que la enfermera acepte que la mujer debe ser un socio voluntario en una relación que también lo es. Las infecciones del tracto urinario son comunes durante el embarazo, pero pueden pasar desapercibidas por ser asintomáticas. Las mujeres deben saber, no obstante, informar a su proveedor de salud en caso de presentar sangre en la orina o dolor con la micción. Ya sean sintomáticas o no, estas infecciones representan un peligro para la madre y el feto, por tanto, la prevención y el tratamiento de estas infecciones son esenciales.

Ejercicios de Kegel

Los ejercicios de Kegel (ejercicios para el suelo pélvico) fortalecen los músculos que están alrededor de los órganos de la reproducción y aumentan y mejoran el tono. Muchas mujeres no tienen conciencia de su musculatura pélvica hasta que se les indica que estos son los músculos que se utilizan durante la micción y las relaciones sexuales, y por tanto, que pueden controlarse de manera consciente. Los ejercicios de Kegel deben realizarse de inmediato después de dar a luz para ayudar a la recuperación de la función normal de la musculatura pélvica. Entonces puede fortalecer los músculos y aumentar su tono. Si se realizan con regularidad, los ejercicios pueden ayudar a prevenir el prolapso uterino y la incontinencia de estrés que con frecuencia se presentan más adelante en la vida. La enfermera puede estar bastante segura de la efectividad de sus enseñanzas si la mujer informa un aumento en su capacidad de controlar el flujo urinario y un mayor control muscular.

8.4 Cuidados de enfermería en segundo trimestre de embarazo

Gestión de los cuidados

Es ideal que para este momento ya se haya establecido una relación de confianza entre la mujer y embarazada, su familia, la enfermera y otros proveedores de salud.

Promoción de la salud y prevención de las complicaciones.

Valoración: las visitas de seguimientos son menos intensivas que la primera consulta, eventos o cambios importantes desde su visita anterior.

Examen físico: pulso y respiración, se toma la presión arterial, determinación del peso, muestra para examen parcial de orina, la inspección y palpación del abdomen.

Pruebas de laboratorio: muestra de orina, para medir glucosa y proteínas, nitritos y leucocitos. Muestra de sangre solo si hay signos y síntomas que así lo demanden.

A las 16 semanas se obtiene una muestra de sangre para determinar la alfa-feto proteína. Pruebas para determinar el síndrome de Down, se usa el marcador triple.

Signos de problemas potenciales: el vómito persistente y excesivo puede indicar el desarrollo de hiperémesis gravídica. Los calambres uterinos y hemorragia vaginal pueden ser signo de aborto. Escalofríos y fiebre signo de infección.

Valoración fetal: altura uterina, indicador del progreso del crecimiento fetal, estimación general de la edad gestacional, identificación de los factores de riesgo, puede utilizarse una cinta métrica.

Edad gestacional: se determina a partir de la historia menstrual, la historia de anticoncepción, los resultados de pruebas de embarazo, y hallazgos obtenidos durante a valoración clínica.

Primera estimación del tamaño uterino; fecha, tamaño, primera vez que se ausculto el corazón del feto; fecha, estetoscopio, Doppler, fetoscopio. Fecha de avivamiento, altura uterina actual, peso estimado fetal.

Semana actual de la gestación, ultrasonido, fecha, semana de la gestación, diámetro biparietal. Estado gestacional: la valoración del estado de salud fetal incluye la consideración de los movimientos fetales, la frecuencia cardiaca fetal su ritmo, y los síntomas anormales maternos y fetales. Se instruye a la madre para poder detectar cambios en el patrón o la ausencia de movimientos fetales.

Para la detección del latido cardiaco se puede realizar a través del estetoscopio Doppler, se cuentan los latidos cardiacos y se anotan la calidad y el ritmo.

Desarrollo fetal a las 26 semanas:

Los movimientos fetales son obvios, se ausculta fácilmente el corazón fetal, se ha formado el cabello, las cejas y las pestañas, el fino lanugo y el vermex cubren la piel y los parpados aún están fusionados. La piel es roja, brillante y delgada, la cara es arrugada la longitud es de 30 cm y el peso es de 600 gr. El útero se encuentra en el nivel o un poco por encima del ombligo.

Signos de problemas potenciales: el estado de salud fetal se somete a una investigación intensiva en caso de presentarse cualquier complicación materna o fetal; hipertensión materna, crecimiento intrauterino retardado, rotura prematura de membranas, frecuencia cardiaca fetal irregular o ausente o ausencia de movimientos fetales después del avivamiento.

Diagnóstico de enfermería: cada mujer resulta afectada en grado diferente por el embarazo y una cuidadosa vigilancia de la gestación y de sus respuestas a los cuidados reviste la máxima importancia.

Resultados esperados: la planificación de los cuidados de la mujer durante el 2° trimestre de embarazo está guiados por los diagnósticos de enfermería, los resultados esperados permanentes a los cuidados fisiológicos y psicosociales pueden incluir que la mujer y su familia hagan lo siguiente:

- Verbalizar
- Describir
- Enumerar
- Participar
- Continuar
- Expresar

Plan de cuidados e implementación: la relación terapéutica y de apoyo que se establece entre la enfermera y el paciente crece a medida que esta lleva a cabo el proceso de enfermería durante el 2° trimestre. Las náuseas desaparecen en este trimestre, se ofrece guía nutricional, las mujeres experimentan molestias nuevas o cambios. Las mujeres multigesta tienden a manifestar algunas molestias

un poco más temprano que las primigestas. Se debe de ofrecer el refuerzo de la asesoría sobre la sexualidad, asesoría sobre los peligros de la exposición al alcohol, al humo del cigarro y a otras sustancias.

Vestimenta: lo mejor es un atuendo cómodo y suelto, evitar la ropa apretada, utilizar sujetadores de maternidad, las medias elásticas son cómodas y mejoran el retorno venoso, se aconseja utilizar calzado cómodo, evitar utilizar tacones muy altos y los zapatos de plataforma, los dolores y calambre resultantes en las piernas solo empeoran con el uso de zapato sin apoyo.

Postura y mecánica corporal: el centro de gravedad de la mujer cambia, una mala postura y mecánica corporal deficiente contribuye a las incomodidades y al potencial de lesiones, la mujer puede adquirir un sentido cenestésico de una buena postura corporal.

Baño y natación: el baño en bañera está permitido incluso al final del embarazo (está contraindicado si hay rotura prematura de membranas), los baños o duchas con agua caliente pueden ser terapéuticos, la natación también está permitido durante el embarazo normal.

Activada física: produce una sensación de bienestar a la mujer embarazada, mejora la circulación, promueve la relajación y el reposo y contrarresta el tedio, fortalece músculos alrededor de los órganos de la reproducción y mejora el tono, ayuda a aliviar el dolor lumbar, aumento del peso del feto.

Descanso y relajación: motivar a la madre para que programe periodos regulares de reposo, se recomienda; decúbito lateral izquierdo, promueve la perfusión uterina y la oxigenación feto placentaria, al eliminar la presión sobre la vena cava ascendente y aorta descendente, puede llevar a la hipotensión supina.

La manera de levantarse con lentitud desde una posición de decúbito lateral para evitar causar tensión sobre la espalda y minimizar la hipotensión ortostática producida por cambios de posiciones en el embarazo.

La relajación consciente: proceso de liberar la tensión de la mente y el cuerpo mediante un esfuerzo y una práctica consciente, alivia las molestias normales

relacionadas con el embarazo, reduce el estrés y por consiguiente disminuye la

percepción del dolor durante el ciclo del parto, aumenta la autoconciencia y la confianza en la habilidad personal para controlar respuestas y funciones propias, ayuda a afrontar con éxito el estrés en las situaciones de la vida cotidiana.

Trabajo: el trabajo en las mujeres embarazadas no tiene efectos adversos, la fatiga excesiva es el factor decisivo en la interrupción del trabajo, no deben permanecer sentadas ni paradas en la misma posición durante periodos prologados y deben evitar cruzar las piernas sobre las rodillas ya que puede provocar varices o tromboflebitis.

Viajes: en las mujeres con embarazo de bajo riesgo no están contraindicados, en las de alto riesgo se aconsejan que eviten los viajes a largas distancias, deben evitarse en lo posible viajar en donde la atención medica es pobre, en donde el agua no es tratada o la malaria es prevalente.

Plan para el nacimiento: durante el segundo trimestre la enfermera puede responder y discutir temores que surgen durante la formulación del plan para el nacimiento, la evaluación se basa en el grado hasta el cual se han alcanzado los resultados esperados.

8.5 cuidados de enfermería en el tercer trimestre de embarazo

El tercer trimestre comprende desde la semana 27 a la 40.

Valoración materna:

- 1.-Se revisan todos los sistemas físicos de la embarazada profundizando si existen hallazgos sospechosos.
- 2.-Se identifican las adaptaciones relacionadas con las molestias del embarazo.
- 3.-Se valora el conocimiento de la mujer sobre su autocuidado.
- 4.-Si el hijo es deseado a respuesta de la mujer, su pareja y su familia ante el embarazo.

Examen físico: se evalúan las constantes vitales (fundamentalmente la TA), el peso, y la existencia de edemas y varices. Además, se confirma la edad gestacional y si existe algún riesgo.

Riesgos potenciales:

1.-Situaciones hipertensivas inducidas por el embarazo.

2.-Situaciones hemorrágicas: amenaza de aborto, placenta previa, apoplejía útero-placentaria (también denominada abrupto placentaria) à desprendimiento total o parcial en su zona natural.

Pruebas de laboratorio:

Orina: glucosuria para descartar una DM; proteinuria para descartar una eclampsia; leucocitaria para descartar una infección.

Sangre: determinar el hematocrito mediante una punción en la yema de un dedo.

Valoración fetal:

1.-Se valora la presentación, la posición y el encajamiento del feto con las maniobras de Leopold.

2.-Las mediciones uterinas y el tamaño del feto se comparan con el tiempo de gestación.

3.-La ecografía permite determinar el peso fetal, midiendo el diámetro biparietal y diagnosticar un posible crecimiento intrauterino retardado, un embarazo múltiple o una fecha probable de parto errónea.

4.-Se le pide a la madre que describa los movimientos fetales y que informe de señales de alarma como la rotura de membranas o la disminución o ausencia de movimientos fetales.

Molestias relacionadas con las adaptaciones maternas durante el tercer trimestre del embarazo.

·Polaquiuria (> frecuencia urinaria).

·Cansancio.

·Ganancia de peso

·Disnea (por la limitación de la expansión del diafragma que opone el útero).

·Dificultad para dormir.

·Calambres en las piernas.

·Cambios psicosociales (variaciones anímicas, sentimientos encontrados, ansiedad) debidos a las adaptaciones hormonales y sentimientos relacionados con

la inminencia del parto.

·Edemas en tobillos y MMII (si se acompaña de albuminuria y HTA, pre eclampsia o eclampsia).

Alimentación equilibrada

Buena higiene bucal

Tomar 2l/día de líquidos

Realizar descansos al día con las piernas elevadas

Educación para el parto

Mantenimiento de una buena postura

Dormir con una almohada extra

No sobrecargar el estómago

8.6 Cuidados de enfermería en el puerperio

Las madres no solo presentan cambios durante el embarazo, sino que, además, una vez dado a luz, deben adaptar su vida al nuevo miembro de la familia y sobrellevar sus propios cambios físicos y mentales. El puerperio, no solo coincide con la readaptación a los cambios internos y externos de la madre, sino que también influye en la adaptación de la vida familiar, social y laboral.

Fases del puerperio

- Puerperio inmediato: las primeras 24 horas después del parto. Se vigila el riesgo de hemorragias posparto.
- Puerperio mediato: va desde el segundo al décimo día. Si no hay incidencias y el parto es vaginal, dura unas 48 horas. Si fuera cesárea dura unos cinco días. Se inicia la involución genital de la mujer, los loquios y la subida de la leche materna.
- Puerperio alejado: desde el día 11 hasta el día 40 después del nacimiento. Vuelta de la menstruación y recuperación del peso normal del útero.
- Puerperio tardío: puede alcanzar hasta los seis meses si la madre decide mantener la lactancia de forma activa y prolongada.

Si no existen complicaciones, el puerperio se considera fisiológico, el cuerpo sufrirá una serie de cambios hasta que vuelva a la normalidad de todo el organismo:

Niveles de estrógenos descienden en la primera semana. Si no hay lactancia, los estrógenos aumentarían en la tercera semana, apareciendo la menstruación entre la sexta y octava semana.

- Involución uterina: ésta se inicia con la expulsión de la placenta y el útero permanece duro y contraído. En los primeros días se sitúa en la sínfisis del pubis y el ombligo, y en la segunda semana se hace intrapélvico.
- Loquios: estos son una pérdida hemática que aparece después del alumbramiento. Del primer al cuarto día, la secreción es roja; del cuarto al décimo día es de color rosácea; y del día décimo hasta la tercera semana posparto es de color amarillento o marrón. Estos nunca deben tener mal olor, de lo contrario se debe vigilar para descartar una infección puerperal.
- Entuertos: son contracciones uterinas, se relacionan con la liberación de oxitocina gracias al estímulo de succión producido por el bebé en el pezón. Pueden ser molestas y se da más en mujeres multíparas.
- Cuello uterino y vagina: la episiotomía suele cicatrizar en dos semanas. El orificio cervical se cierra entre el décimo y duodécimo día tras el parto.
- Aparato urinario: aumenta la diuresis en los primeros días. Puede haber infecciones de tracto urinario debido a una distensión de la vejiga o una incontinencia por rebosamiento que ocasiona un vaciado incompleto.
- Estreñimiento: puede deberse al miedo previsor que la mujer tiene debido al dolor que causa la episiotomía.
- Pérdida de peso en el puerperio inmediato las principales complicaciones son la hemorragia y el shock hipovolémico, por lo tanto, los cuidados de enfermería irán encaminados a vigilar para prevenirlos:
 - Toma de constantes
 - Vigilar la administración de fármacos oxitócicos
 - Palpar el fondo uterino para comprobar la contracción de este control urinario para controlar si es espontáneo o si necesita un sondaje vesical.
 - Valorar la episiotomía
 - Valorar el descanso, favorecer la lactancia, y vigilar el estado de las mamas.
 - Vigilar la aparición de los loquios, la cantidad, color y los coágulos si aparecen.

En el puerperio intermedio o mediato se tendrá en cuenta el estado general de la mujer, controlar las constantes vitales para descartar posibles hemorragias o alertarnos de signos de infección. Se debe valorar la involución uterina y los loquios con el fin de valorar la máxima involución uterina.

En el puerperio tardío el trabajo de enfermería es indirecto, tratará de educación previa al alta o post parto en la que se capacita a la madre para reconocer signos en su domicilio.

- La completa involución de los genitales.
- Cuidado de las mamas, informar de la aparición de grietas, fisuras e infección para que la madre pueda manejarlas. Por medio de una adecuada limpieza de manos, evitar cremas y lociones.
- La lactancia materna y si no la hay, vigilar el regreso de la menstruación.

En todo el proceso se valorará la reacción psicológica de la madre debido al proceso, su adaptación a él y sus capacidades.

- Reconocer el contacto visual y físico con el recién nacido.
- Ver la respuesta al llanto y resto de necesidades.
- Procurar que se genere un ambiente tranquilo, donde se pueda desarrollar bien la relación padre niño.

Informar a la paciente que la tristeza, los cambios de humor y cierta depresión posparto es normal y es pasajera. Recomendar periodos de reposo y ejercicios acordes con sus necesidades.

- Educar e informar sobre los métodos anticonceptivos ya que durante este periodo puede quedar embarazada.

8.7 Intervenciones de enfermería en el durante el trabajo de parto

Abordaje materno perinatal preciso y confiable, es una de las herramientas más importantes y valiosas para la valoración del cuidado de enfermería. Los profesionales deberán basarse en la información obtenida en su historia clínica y hallazgos al examen físico.

Componentes de la evaluación: las etapas de valoración del cuidado de enfermería

nos permiten establecer prioridades y un plan de manejo integral para evitar complicaciones a la madre y al futuro bebe.

Evaluación: el desarrollo de una evaluación sistemática permitirá;

incrementar la confianza y la destreza en el desarrollo de las actividades de los profesionales de enfermería

proporcionar atención continua a la embarazada durante el trabajo de parto, parto y nacimiento atendiendo a las condiciones generales y obstétricas.

Prever la aparición de complicaciones que puedan afectar la seguridad de la madre y el feto porque cuentas con los conocimientos y aptitudes.

Valoración inicial: asistencia a la admisión; se debe contar con un lugar y profesional adecuado para realizar la entrevista resolver inquietudes y disminuir temores.

Valoración de las condiciones maternas y fetales; evaluación de signos vitales, examen físico, identificación de factores de riesgo, signos y síntomas del trabajo de parto.

Definir intervención; referir oportunamente, proporcionar actividades, de estabilización y/o procurar un estado de bienestar, físico, mental, emocional y espiritual del binomio madre/hijo durante la fase del trabajo de parto.

Examen físico detallado incluye: toma de signos vitales, medición antropométrica, exploración cefalocaudal órganos y sistemas, examen físico focalizado ginecobstetricia.

Examen físico focalizado: tomar signos vitales, medición de altura uterina, efectuar las maniobras de Leopold, valorar la FCF, corroborar con la madre la presencia de movimientos fetales, valorar la dinámica uterina, identificar los periodos clínicos del trabajo de parto, valorar las condiciones de las membranas ovulares, identificar oportunamente signos y síntomas que indiquen el inicio del trabajo de parto.

Valoración continua; registrar y los signos vitales cada 4 horas, monitorizar y auscultar la FCF, identificar la presencia de movimientos fetales, realizar las maniobras de Leopold, revalorar los periodos clínicos del trabajo de parto, identificar posibles riesgos y complicaciones, realizar intervenciones apropiadas y evaluar su efectividad, reevaluar la condición física y psicológica de la gestante durante la

observación.

Asistencia al trabajo de parto; es una labor fundamental de los profesionales de enfermería la labor de vigilancia del estado materno fetal, así como la asistencia psicológica a la gestante y su familia, para prevenir las complicaciones durante las fases de desarrollo y proporcionar a la madre ese momento íntimo, feliz y armonioso de la llegada de un nuevo ser.

Objetivos; favorecer el proceso del parto con el mínimo intervencionismo necesario para garantizar la seguridad materna y fetal, sin renunciar a las posibilidades de control y rapidez de actuación.

Ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de la mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar de la madre y/o el recién nacido. Favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad dignidad y confiabilidad de las mujeres. Considerar el parto como un acontecimiento singular y único en la vida de una mujer y en la relación de una pareja.

Que la gestante se sienta una protagonista y responsable del parto y de la toma de decisiones en el mismo.

El profesional de enfermería deberá informar, orientar y brindar acompañamiento a la gestante en el reconocimiento de los signos que indican el inicio del trabajo de parto; expulsión del tapón mucoso, expulsión de una pequeña cantidad de sangre mucosidad. Inicio de contracciones, a intervalos de 3 en 10 minutos que se intensifican y se vuelven más frecuentes. Ruptura de membranas, flujo abundante o goteo de líquido amniótico.

Etapas del trabajo de parto;

El profesional de enfermería tiene el compromiso indispensable de orientar en la pareja, el proceso fisiológico del trabajo de parto a través de la experiencia, la confianza y la seguridad impartida en cada control prenatal. Nos permitirá garantizar una evolución satisfactoria, prevenir complicaciones y adoptar medidas adecuadas y oportunas a través del reconocimiento de las tres etapas del trabajo de parto y las

actividades de enfermería que garanticen el cuidado integral del binomio madre/hijo. Periodo de dilatación; periodo de tiempo comprendido entre el inicio del trabajo de parto, presencia de contracciones, hasta la dilatación completa del cuello uterino se divide en: fase latente, contracciones cortas, y ligeras dilataciones hasta 4 cm. Fase activa, se produce el borramiento y la dilatación actividad regular.

Actividades de enfermería:

- 1.-Proporcionar ambiente cómodo y seguro para la admisión de la gestante, realización de la anamnesis y valoración física.
- 2.-Observación del estado general de la gestante: serena, angustiada, tímida, insegura.
- 3.-Control y registro de signos vitales maternos y fetales.
- 4.-Valoración física cefalocaudal: determinación del estado de hidratación, coloración de piel, mucosas, evaluación de órganos y sistemas.
- 5.-Valoración gineco obstétrica: medición de la altura uterina, realización de las maniobras de Leopold, auscultación de FCF, determinación de movimientos fetales, valoración de la dinámica uterina.
- 6.-Evaluar características de las contracciones: hora de inicio, frecuencia, duración, intensidad si hay expulsión de sangre o líquido amniótico inspección de modificaciones cervicales, grado de encajamiento genitales externos.
- 7.-Preparación de la paciente: instalación de venoclisis, administración de líquidos, y medicamentos, toma de muestras de laboratorio.
- 8.-Continuar el control del trabajo de parto cada 15 minutos.
- 9.-Brindar asesoría y acompañamiento de profesionales y familiares.
- 10.- Motivar a la madre a realizar ejercicios de respiración y relajación
- 11.-comodidad y privacidad
- 12.-Cambios de posición; decúbito lateral izquierdo
- 13.-Deambulacion en caso de membranas integras
- 14.-Estimular eliminación vesical
- 15.-Observar el periné con el fin de detectar el abombamiento

16.-Enseñar a la madre la forma correcta de pujar

17.-Identificar signos de alarma y complicaciones del trabajo de parto

Periodo de expulsión: Periodo de tiempo comprendido desde la dilatación completa, hasta el nacimiento del feto.

Actividades de enfermería:

1.-Preparación de la madre para el parto

2.-Preparación del área: materiales y equipos, fuentes de luz, cuna de calor radiante, mesa de mayo, equipos de partos, ropa quirúrgica, pesa, cinta métrica, succionador, carro de paro, filtro, tubo para hemoclasificación, huellero y reloj.

3.-Trasladar a sala de partos

4.-Asepsia y preparación del área perianal

5.-Indicar a la madre la mejor manera de pujar 6- Insistir en el control de la respiración

7.-Controlar el trabajo de parto y la FCF

8.-A la salida de la cabeza en el canal del parto, asistir en aspiración de secreciones con perilla de succión

9.-Administración de oxitocina

10.-Control de líquidos y medicamentos

11.-Evaluar APGAR al minuto

12.-Recibir con manta precalentada para evitar pérdida de calor

13.-Favorecer contacto del recién nacido piel a piel sobre el pecho de la madre

14.-Realizar estimulación a través del secado iniciado por cabeza y abrigar

15.-Trasladar RN a cuna de calor radiante con temperatura adecuada para realizar atención

16.-Terminar el secado y la estimulación

17.-Evaluar APGAR a los 5 minutos

18.-Pinzar, ligar y cortar el cordón umbilical

19.-Tomar muestras para TSH y hemoclasificación del cordón

20.-Realizar examen físico inicial del RN

- 21.-Aplicar profilaxis oftálmica y vitamina K
 - 22.-Evaluar medidas antropométricas del RN: peso, talla, PC, PT, PA
 - 23.-Valorar signos vitales
 - 24.-Vestir a RN, colocar manilla de identificación, y trasladar junto a su madre para iniciar lactancia materna
- Periodo de alumbramiento: periodo de tiempo comprendido desde el nacimiento del feto hasta la expulsión de la placenta y membranas ovulares.

Actividades de enfermería

- 1.-No forzar expulsión de la placenta antes de su desprendimiento
- 2.-Explicar a la madre para que realice un pequeño pujo para su salida
- 3.-Ejercer suave presión en el fondo uterino si se dificulta la salida espontanea
- 4.-Revisar placenta cara materna y fetal, cotiledones completos membranas y cordón
- 5.-Observar estado general de la paciente 6- Observar coloración de la piel
- 7.-Control de signos vitales cada 15 minutos
- 8.-Evaluar globo de seguridad de Pinard, útero de consistencia dura y firme acompañado de entuertos
- 9.-Realizar masajes de forma circular para extraer coágulos y favorecer involución uterina
- 10.-Revisar genitales externos en busca de lesiones del canal de parto
- 11.-Revisar suturas bulbares o sitio de episiotomía 12-Realizar baño genital externo
- 13.-Evaluar características de loquios, color, olor cantidad y evolución
- 14.-Detectar tempranamente complicaciones como hemorragias e infección puerperal
- 15.-Valorar miembros inferiores: color, sensibilidad, perfusión, pulsos
- 16.-Favorecer la lactancia materna para contribuir con involución uterina
- 17.-Estimular deambulación temprana
- 18.-Proporcionar y educar sobre la alimentación adecuada de la madre 19-Vigilar comienzo de diuresis espontanea
- 20.-Identificar necesidad de información y asesoría de la mujer con relación a su

autocuidado, inicio de planificación familiar, cuidados del recién nacido

21.-Educar sobre la importancia de la higiene personal y genital a la salida de la institución

22.-Explicar sintomatología de alarma por lo que debe consultar la madre y el RN

23.-Insistir sobre el seguimiento a las consultas del control del puerperio y el RN

El acompañamiento pre y postnatal del profesional en Enfermería contribuye a un trabajo de parto armónico, satisfactorio, disminuye el estrés y la ansiedad de la gestante y su familia con la preparación previa adecuada, favorece el desarrollo de lazos afectivos entre los padres e hijos y proporciona seguridad, autonomía, comunicación y confianza para el desarrollo y evolución de las fases del trabajo de parto.

8.8 Cuidados de enfermería en la lactancia materna

Hormonas que contribuyen en la lactancia materna

Prolactina: estimula la producción de leche por los alveolos, produce relajación en la madre los niveles se mantienen en altos cuando él bebe mama, especialmente de noche, aun cuando el nivel de prolactina sea alto esas partes dejaran de producir leche.

Oxitocina: produce la contracción de células musculares que hay alrededor de los alveolos para que la leche baje por los conductos a los senos lactíferos. Produce el reflejo de eyección de la leche o bajada de la leche, produce las contracciones uterinas que acortan el sangrado y disminuyen las hemorragias y anemias de la mama.

Ventajas:

Nutrientes perfectos

Fácil digestión

Protege contra infecciones

Lista para tomar

No cuesta

Un vínculo único entre madre e hijo

Pérdida de peso fácilmente

Menos sangrado después del parto
Contraindicaciones:

Lesiones herpéticas en la mama, infección por VIH, tuberculosis activa, desnutrición grave, nefritis, enfermedades graves.

El profesional de enfermería debe de examinar integridad de los pezones, explicar a la madre las diferentes posiciones de amamantar, la forma correcta del agarre del pezón.

Explicar a la madre que; al inicio de la lactancia, el calostro viene en poca cantidad, pero concentrado, conforme pasen los días habrá mayor producción de leche lo que hará que los senos aparezcan congestionados y algo dolorosos al tercer o cuarto día, para después encontrar equilibrio y disminuir la congestión.

La frecuencia de las mamadas no tiene un horario en las primeras semanas (él bebe no nace con el reloj en la mano) y serán a demanda. Él bebe debe de mamar a un seno no más de 12 a 15 minutos, pues aumentara la posibilidad de grietas en el pezón, en caso de grietas la madre no deberá eliminar la leche residual sobre el pezón y más bien la aplicara sobre las grietas ya que es buen cicatrizante. Lavar suavemente con agua y jabón solo antes de administrar la próxima tetada.

Diez pasos a favor de la Lactancia Materna:

- 1.-Tener una política de lactancia materna que sea periódicamente comunicada a todo el personal de salud.
- 2.-Capacitar a todo el personal de salud para implementar esta política.
- 3.-Informar a toda mujer embarazada del manejo y de los beneficios de la lactancia.
- 4.-Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora después del parto.
- 5.-Enseñar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia, aun si se tienen que separar de sus hijos.
- 6.-No dar a los recién nacidos ningún alimento ni bebida que no sea la leche materna, salvo por indicación médica.
- 7.-Practicar el alojamiento conjunto: dejar que los recién nacidos y sus madres estén juntos las 24 horas del día.
- 8.-Fomentar la lactancia materna a libre demanda, sin horarios rígidos.
- 9.-No dar mamaderas o chupetes a los niños que están siendo amamantados.

10.-Promover la creación de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna y referir a las madres a estos grupos al salir de la maternidad.

8.9 Intervenciones de enfermería en la planificación familiar

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar.

Nos ayuda a contribuir a mejorar la esperanza y la calidad de vida de hombres y mujeres por igual mejorando el estado actual de la salud reproductiva, brindando servicios integrales con la atención de prevención, promoción, recuperación, y rehabilitación de la salud reproductiva.

Objetivos de la planificación familiar:

Evitar embarazos no deseados

Regular los intervalos entre los embarazos

Decidir el número de hijos en la familia

Regular el tiempo en que ocurren los nacimientos en relación con las edades de los padres

Facilitar los nacimientos deseados para mujeres con problemas de fecundidad

Evitar el embarazo cuando agravaría una enfermedad peligrosa presente

Brindar a los portadores de enfermedades genéticas la opción o posibilidad de evitar el embarazo

Objetivos de la enfermera en la planificación familiar:

-Ser sensible a las necesidades de control de la natalidad de la mujer o la pareja

-Conservar la objetividad al hablar de los métodos de control de la natalidad, incluso cuando se trate de esterilización y aborto

-Orientar a la mujer sobre todos los métodos de control de la natalidad

-Ofrecer ampliar información sobre el método elegido por la mujer

-Permitir a la paciente tomar una decisión informada

- Animar a la paciente a buscar ayuda cuando se le presenten dudas o problemas
- Estar a disposición de la paciente cuando necesite consejo o ayuda

Métodos anticonceptivos: es una serie procedimientos utilizando, Objetos, medicamentos, conocimientos, o intervenciones quirúrgicas con el fin de evitar principalmente el embarazo no deseado.

Ayuda a la pareja a determinar cuando el acto sexual puede o no resultar en un embarazo.

Estrategias de la planificación familiar:

- Promover la prestación de servicios de planificación familiar con un enfoque de riesgo y dentro del marco integral de la salud reproductiva
- Reforzar el consentimiento informado con las actividades de consejería e información sobre los diversos métodos anticonceptivos, con el fin de propiciar decisiones libres, responsables y bien informadas.
- Educación: preparar y evaluar procesos y materiales de enseñanza/aprendizaje para que los diferentes grupos modifiquen su concepción, actitudes y prácticas frente a la salud reproductiva.
- Comunicación: establecer canales de interacción que permitan reforzar la atención y promover el interés hacia los mensajes informativos o educativos.
- Ampliar la gama de métodos anticonceptivos efectivos y seguros para garantizar la satisfacción de las necesidades, percepción y preferencias de la población usuaria.

La misión en la planificación familiar:

Brindar información y servicios de calidad en salud reproductiva para contribuir a que las comunidades disfruten de una vida sexual reproductiva y post reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión, con particular énfasis en las áreas rurales y urbano marginadas, en la población adolescente y en las comunidades indígenas.

La visión en la planificación familiar:

Ser una organización de referencia en materia de equidad de género y de salud

sexual y reproductiva, con reconocimiento nacional e internacional caracterizada por una alta competencia técnica y profesional fundamentada en las evidencias científicas las mejores prácticas y las necesidades de salud de la población, con un sentido humanitario y compromiso social, con capacidad propositiva e innovadora, incluyente y abierta a la participación de la comunidad con particular énfasis en las áreas rurales y urbano marginadas en la población adolescente y en las comunidades indígenas.

9. Conclusión

Concluyó que la mayoría de mujeres desconocen sus derechos y/o naturalizan los actos de violencia obstétrica. Los profesionales de salud deben reconocer en su formación y en los campos de práctica, los distintos tipos de violencia obstétrica con el fin de diseñar mecanismos para su prevención y abolición. Se hace necesario explorar la ocurrencia de eventos asociados a violencia sexual en el marco de la atención obstétrica.

Los profesionales de la salud deben tomar medidas para garantizar un servicio decente, con la calidad y tratamiento respetuoso, teniendo en cuenta los derechos conquistados por las mujeres en el campo obstétrico. Del mismo modo, las condiciones de trabajo difíciles no pueden ser tenidas en cuenta como justificación para la violencia obstétrica. El momento en el que la única opción era el silencio y soportar llegó al final.

La atención obstétrica moderna somete con frecuencia a las mujeres a rutinas institucionales, que pueden tener efectos adversos sobre el progreso del trabajo de parto. Durante el trabajo de parto las mujeres pueden ser singularmente vulnerables a las influencias ambientales; la atención obstétrica moderna somete con frecuencia a las mujeres a tasas altas de intervención, personal poco familiarizado, falta de privacidad y otras condiciones que pueden experimentarse como duras. Estas condiciones pueden tener un efecto adverso sobre el progreso del trabajo de parto y sobre el desarrollo de sentimientos de competencia y confianza; a su vez, estos efectos pueden deteriorar la adaptación a la maternidad y el establecimiento de la lactancia materna, además de aumentar el riesgo de depresión.

En cada nuevo incidente de violencia obstétrica se vulneran varios derechos fundamentales, siendo urgente promover la reflexión y sensibilización de los agentes de salud sobre este tema particular para lograr modificar aquellas prácticas en salud violatorias de los derechos de las mujeres. Se debe garantizar el derecho de las mujeres a contar con toda la información relacionada con su tratamiento, así como el derecho a recibir por parte del personal de salud el mejor trato posible, teniendo en cuenta las limitaciones de los servicios de salud sexual y reproductiva, garantizando la igualdad del acceso y la calidad de la atención independientemente de la procedencia socioeconómica o cultural de la mujer.

Los gobiernos deben asumir responsabilidades serias a través de políticas públicas mediante la elaboración o cambio de programas que afecten a la salud de las mujeres, incorporando a éstos la perspectiva de género, los derechos humanos y leyes de autonomía del paciente, persiguiendo enérgicamente cualquier tipo de violencia contra la mujer, en este caso obstétrica, a fin de garantizarla mejor atención antes, durante y después del parto.

La violencia obstétrica, así como toda modalidad de violencia es un acto reprobable sin justificación, que tiene que darse a conocer y que las personas deben saber identificar para ponerle un alto, no solo por considerarse mala, sino por las secuelas que puede dejar.

La psicología en general puede realizar grandes cambios a este problema, no solo enfocándose en el cambio de conductas a médicos y enfermeras, sino ocupándose de la prevención y de la educación para la salud, realizando talleres, acercándose a las poblaciones vulnerables y sobre todo continuando con la investigación de este problema.

Se considera de vital importancia y de forma emergente hacer que las personas conozcan se apropien y hagan valer sus derechos, con el fin de evitar que sean vulneradas por desconocerlos. Los derechos son para todas y cada una de las personas, sin importar su condición, raza, sexo o condición socioeconómica.

En México la atención pública es deficiente, los hospitales y centros de salud no se encuentran en las condiciones óptimas para recibir a un gran número de personas que requieran de sus servicios, este sin duda es otro de los grandes problemas que

atraviesa el servicio de salud.

Las personas más afectadas son sin duda aquellas que no tienen los recursos para costear servicios privados y por tanto llegan a tener complicaciones en su salud. Es por ello que es importante dar a conocer este tipo de problemas, para que menos personas sufran a manos de servicios deficientes, pero sobre todo de tratos degradantes, humillantes y que atenten contra sus derechos.

Durante el parto la mujer debe tener el papel principal y toda decisión debe ser elegida por ella, por lo tanto, ni los médicos, ni la enfermera, ni cualquier miembro de salud tiene el derecho de silenciarla, de humillarla, o de apropiarse de los derechos que a ella le corresponden, solo así se podrá detener la violencia obstétrica.

Se requiere de un compromiso de investigación que ayude a conocer cuáles son las condiciones materiales, sociales y culturales que determinan el tipo de percepciones que tienen los prestadores de servicios acerca de las mujeres en trabajo de parto, de la salud y de los derechos reproductivos, la maternidad y todo el proceso obstétrico.

Asimismo, se requiere analizar cómo conciben los médicos su trabajo en condiciones críticas, particularmente las relacionadas con las urgencias obstétricas y cómo se vinculan éstas con su práctica profesional cotidiana.

Lo que redundará en limitar las prácticas actuales de «medicina defensiva» las cuales son comprensibles pues el médico se guía por un actuar de precaución y de prevención para salvaguardar su patrimonio y su tranquilidad personal y familiar.

Así como también es muy importante el conocer de una manera abierta y sin prejuicios como visualizan las pacientes su atención obstétrica, cuál sería su ideal y empatarlo con las realidades de atención, para que de una manera respetuosa se concilien las aspiraciones y la realidad; que las familias y las pacientes comprendan que el actuar del médico es en esencia hipocrático y que los profesionales de la salud entendemos la igualdad entre géneros y por lo tanto valoramos y defendemos el derecho a vivir una vida libre de violencia, misma que aplica para nuestro actuar en la atención obstétrica.

El derecho al trato digno es la prerrogativa que posee todo ser humano para que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales y de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, aceptadas generalmente por los propios individuos y reconocidas en el orden jurídico.

Nuestra respuesta como profesionales de la medicina ante estas situaciones ha sido tibia y de acciones insuficientes, sin lugar a dudas ha llegado el momento

de levantar nuestras voces de una manera institucional y colegiada, ante los Legisladores y el Poder Judicial para dejar muy clara nuestra postura y dejar de judicializar de manera perversa el actuar del médico, pero lo más importante será el objetivo final: la despenalización del acto médico, el cual no es otra cosa que remover la clasificación de delito o falta de una acción o conducta.

Si bien el despenalizar de manera general los actos médicos motivaría, la sensación en la ciudadanía de sentirse desprotegidos de la justicia.

Hoy nuestra tarea es respetar y tratar con dignidad a las mujeres que han puesto su vida a nuestro cuidado, asimismo será también labor de anesthesiólogos, el informarles a las pacientes y sus familiares, en qué consiste su actuar, qué esperar de la técnica y cuáles son las posibilidades de que surja un evento no deseado, es nuestro derecho el actualizar el concepto de libertad prescriptiva, pero también es obligación como anesthesiólogos el informar cuáles son las opciones terapéuticas, tanto en las diversas técnicas como en la resolución de las situaciones que se presenten en la evolución del caso.

Apoyar una ciudadanía reproductiva que es la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Entre ellos se incluye su capacidad de reclamar una atención médica de calidad por parte de los servicios de salud. Asimismo, habremos de actualizar y re conceptualizar las relaciones médico-paciente.

Pero sobre todo habremos de actuar con competencia profesional y con valores éticos, morales y con sentido de humanidad y de ciudadanía.

10. Bibliografías

10.1 Básica

- Rodríguez Á. Hacia la humanización en salud. ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas. 2016 Aug 7;34(1):130.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2008 [cited 2016 Nov 27]. Available from: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Informe_Financiamiento_Estrategia_N_revision8marzo2015.pdf
- Sánchez JA, Martínez Roche ME, Viguera MDN, Peña EB, López RM, Munárriz LÁ. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. AIBR Rev Antropol Iberoam. 2012;7(2):225–47
- Goberna-Tricas J, Palacio Tauste A, Banús Giménez MR, Linares Sancho S, Salas Casas D. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento: la percepción de las mujeres. Matronas profesión. 2008;(1):5–10.
- Defensor del Pueblo. Informe anual 2006 y debates en las Cortes Generales. Informe [Internet]. 2006 [cited 2017 Feb 11]. Available from: <https://www.defensordelpueblo.es/wpcontent/uploads/2015/05/INFORME2006informe.pdf>
- Goberna-Tricas J. Dones i procreació: Ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement. [tesi doctoral]. Universitat de Barcelona; 2009.
- Montes Muñoz MJ. Las culturas del nacimiento representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. tesis doctoral . Universitat Rovira i Virgili; 2007.
- Alba Romero C, Aler Gay I, Olza Fernández I. Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011.

9. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano 2003. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza [Internet]. 2003 [cited 2017 Jan 8].p.367. Available from:

http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2003_es.df

- Fuentes Caballero MT. Costumbres privadas e interés público: la lactancia materna en la literatura médica de divulgación. Barcelona, 1880-1890. *Dynamis Acta Hisp ad Med Sci Hist Illus.* 1996;16:369–97.
- Coll i Bofill J, Balmas Planas J. Reglamentación de la lactancia mercenaria en Barcelona. Barcelona, España: Impr. de J. Balmas Planas; 1890.
- Alemany Anchel MJ. Matronas y cambio social en la segunda mitad del siglo XX. De mujeres y partos. [tesis doctoral]. Universitat de València; 2014.
- Ortiz Gómez T. Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo XIX. *Arenal.* 1999;6(1):55–79.
- Tortajada M, Gironés R. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Madrid, España: Panamericana; 2003. 456-61 p.
- Miranda C M, Navarrete T L. Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. *Rev Chil infectología.* 2008 Feb;25(1):54–
- Ortiz Gómez T, Sánchez D. La experiencia escrita de las matronas, siglos XVIIIXVIII. In: Ballarín P, Martínez C, editors. *Del patio a la plaza Las mujeres en las sociedades mediterráneas.* Granada, España: Universidad de Granada; 1995. p. 239–
- Belli, L. F. (2013). la violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos *Obstetric violence: another form of Human Rights violation.* *Revista Redbioética/UNESCO,* 25
- OMS (1985) Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. En: *Declaración de Fortaleza, Tecnología apropiada para el parto.* *Lancet.*
- INSGENAR (2003). *Con todo al aire 1. Reporte de Derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales públicos.* Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Rosario:

- Santos, P, et al (Abr, 2015). Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad en SES.
- Sánchez, S. B. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, (18), 93-111.
- Cuidados en el parto normal: Una guía práctica (1996). Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo OMS Ginebra. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Disponible en Internet:
- Estadística de Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). (2015). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- ARETIO, Antonia (2007) “Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres”. *Gaceta Sanitaria*. Vol. 21
- Basso, Joéli Fernanda,; Monticelli, Marisa: “Las Expectativas de participación de mujeres embarazadas y sus acompañantes para realizar un parto humanizado”. *Rev.Latino-Am. Enfermagen* 2010.
- Burgo, Carlos: “Los Derechos de la Embarazada” (www.partohumanizado.com.ar) 2005.
- Departamento educación para la salud del ministerio de salud Mendoza.: “Estado de conocimiento sobre la salud materna en Mendoza.” 2010
- Morín Fraile V. Salutogénesis: maternidad y experiencia coherente de vida. In Boladeras Cucurella M, Goberna-Tricas J, editors. *Bioética de la maternidad: humanización, comunicación y entorno sanitario*. 1a ed. Barcelona, España: Publicacions de la Universitat de Barcelona; 2016. p. 143–50.
- Asociación El parto es Nuestro, “Informe sobre la accesibilidad de madres y padres a las unidades neonatales en los hospitales de la Comunidad Valenciana y el cumplimiento de los derechos de los bebés ingresados”, 2013,
- Asociación El parto es Nuestro, “Entrada sobre los beneficios económicos del Método Madre Canguro (MMC) para el hospital”,

10.2 Complementaria

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. [Internet]. 2010 [cited 2017 Feb 5]. Available from: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf

- Falcó Martí R. La arqueología del género: Espacios de mujeres, mujeres con espacio [Internet]. Alicante; 2003 [cited 2017 Feb 5]. Available from: <https://ieg.ua.es/es/documentos/publicaciones/cuadernos-de-trabajos-deinvestigacion/6-arqueologia-del-genero.pdf>

- United Nations. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer [Internet]. 1979 [cited 2017 May 3]. Available from:

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

- United Nations. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer [Internet]. 1993 [cited 2017 May 3]. Available from: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>

- United Nations. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Resoluciones aprobadas por la conferencia [Internet]. 1995 [cited 2015

May 3]. Available from:

[http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA S.pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf)

- Organización de los Estados Americanos. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Convención de Belem Do Para. [Internet]. 1995 [cited 2017 May 15]. Available from:

https://www.oas.org/dil/esp/convencion_belem_do_para.pdf

World Health Organization. Declaración de la OMS sobre la tasa de cesáreas [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 17]. Available from:

apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf

- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia SEGO. Recomendaciones sobre la asistencia al parto 2008;[citado 29 sep 2008]; Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia/documentos/partos/Protocolo_SEGO_Partido_normal.pdf.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Sign 50: A guideline developers' handbook [Monografía en Internet]. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html> 2008.
- National Institute for Clinical Excellence. The guidelines manual.[monografía en Internet]. London: NICE: 2004;National Institute for Clinical Excellence,13-4-2007[acceso 15-5-2008]; Disponible en: <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=422950>.
- World Health Organization. Maternal and newborn health/safe motherhood division of reproductive health. Care in Normal Birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group. Ginebra 1996;[Citado 12 feb 2008].disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/archived_publications/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf.
- Ministerio de Sanidad y Consumo; Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud.Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud.[monografía de Internet}. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2008;[acceso abril de 2008}.

Disponible en:

www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pf/excencia/atenciónPartido/estrategiaPartidoEnero2008.pdf.

- Reveiz LGH, Cuervo LG. Enemas durante el trabajo de parto Revisión Cochrane traducida. En: La Biblioteca Chchrane Plus, 2008;Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley& Sons, Ltd.
- Basevi V, Lavender T. Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de

partos Revisión Cochrane traducida. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2 Oxford: Update Software Ltd Disponible a: <http://www.update-software.com> Traducida de The Cochrane Library, 2008; Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

- Smyth RM, Aldred SK, Markham C. Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo revisión Cochrane traducida. En: la Biblioteca Cochrane Plus. Número 1 Oxford: Update Software Ltd Disponible en: <http://www.update-software.com> Traducida de The Cochrane Library 2008; Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

- Mousa HA, Alfircvic Z. Tratamiento para la hemorragia postparto primaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Número 2 Oxford: Update Software Ltd Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2 Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd) 2008.

- Su LL, Chong YS, Samuel M. Agonistas de la oxitocina para la prevención de la hemorragia postparto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. Número 1 Oxford: Update Software Ltd Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1 Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd) 2008.

- Silal SP, Penn-Kekana L, Harris B, Birch S, McIntyre D. Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South Africa. *BMC Health Serv Res.* 2011 Dec 31;12:120–0.

- Small R, Yelland J, Lumley J, Brown S, Liamputtong P. Immigrant women's views about care during labor and birth: an Australian study of Vietnamese, Turkish, and Filipino women. *Birth.* 2002 Nov 30;29(4):266–77.

- d'Oliveira AFPLA, Diniz SGS, Schraiber LBL. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet.* 2002 May 10;359(9318):1681–5.

- Bohren M, Hunter EC, Munther-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gulmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in

lowand middle-income countries: A systematic review of qualitative evidence. Submitted to *Reprod Health*. 2014.

- Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility- based Childbirth: report of a landscape analysis. USAID / TRAction Project; 2010.
- Corrêa, M. S. M., Feliciano, Katia Virginia de Oliveira, Pedrosa, E. N., & Souza, A. I. d. (2017). Postpartum follow-up of women's health. *Cadernos De Saúde Pública*, 33(3).
- Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena De Neuro-Psiquiatría*, 48(4), 269-278.
- Laza Vásquez, C., & Puerto Lozano, M. I. (2011). Cuidados genéricos para restablecer el equilibrio durante el puerperio. *Revista Cubana De Enfermería*, 27(1), 88-97.
- Mir, L. A., Cardona, M. A., Benavides, T. C., Vallejo, S. D., Ruiz, M. J. O., Arranz, D. R., & Ruiz, A. M. S. (2011). Embarazo y puerperio. *FMC: Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 18(2), 9-52.
- Ospina Romero, A. M., Muñoz de Rodríguez, L., & Ruiz de Cárdenas, Carmen Helena. (2012). Coping and adaptation process during puerperium. *Colombia Médica*, 43(2), 167-174.
- Porras, C. V., Sabogal, I. U., & Carvajal, B. V. (2017). Prácticas de cuidado genérico de las puérperas, una herramienta para el cuidado de enfermería. *Revista Cubana De Enfermería*, 33(1).

10.3 Electrónica

- http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf
- [https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/457137/ABG_TESI S. pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/457137/ABG_TESI_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revision-bibliografica.pdf>
- <https://gire.org.mx/violencia-obstetrica/>

- <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/GuiaImplantacionModeloParto.pdf>
- https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf
- http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Convencion_sobre_los_Derechos_Humanos_y_la_Biomedicina.pdf
- http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/es_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf
- <http://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf>
- <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/20447/RodriguezMartinezDaniela2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/20447/RodriguezMartinezDaniela2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=episiotom-a-92-P09289>
- http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-7433201400020001
- American College of Obstetricians and Gynecologists (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos)
- National Institutes of Health (NIH) (Institutos Nacionales de la Salud)
- National Library of Medicine (Biblioteca Nacional de Medicina)
- National Women's Health Information Center (Centro Nacional de Información de Salud de Mujeres)
- <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/multimedia/vaginal-tears/sls-20077129?s=6>
- <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/dossier-stop-kristeller-evidencia-cientifica>
- https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf?sequence=1
- <https://www.guiainfantil.com/1424/parto-con-anestesia-epidural-ventajas-y->

desventajas.html

- http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02744.pdf
- <https://www.cochrane.org/es/CD003246/oxitocina-para-la-induccion-del-trabajo-de-parto>
- <https://okdiario.com/bebes/amniotomia-53818>
- <https://www.mustela.es/content/Enema-y-rasurado-en-el-parto>
- <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estresPostraumatico.pdf>
- <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/articulos/prueba.pdf>
- http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
- http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/206_SSA_09_Episiotomia/GPC_206-09_EPISIOTOMIAEVR.pdf
- [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/442_GPC_Emergencias obstetricas/GER_Emergencias_obstxtricas.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/442_GPC_Emergencias_obstetricas/GER_Emergencias_obstxtricas.pdf)
- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=F426EC6B191E3AA4761D3D1306DB37C0?sequence=1
- https://www.ecured.cu/Control_prenatal
- <http://www.mundobebe.com/contenido/Lactancia-y-cuidados-del-recien-nacido-1163>
- http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542018000200141&lng=es&nrm=iso
- <https://enferlic.blogspot.com/2013/11/cuidados-de-enfermeria-en-el-tercer.html>
- <https://es.slideshare.net/anta890414/actividades-de-enfermera-durante-el-trabajo-de-parto>

11.Glosario

A

AME: Albergue de la Mujer Embarazada

ABO: Sistema de grupos sanguíneos

Amniotomía: es la ruptura artificial de las membranas amnióticas llevada a cabo por medio de la introducción de un instrumento punzante (amniotomo) a través de la vagina.

Amenorrea: Ausencia de la menstruación.

Analgésico: sustancia, medicamento. Que hace que un dolor o molestia sea menos intenso o desaparezca, sin causar pérdida de la conciencia o el conocimiento.

Asepsia: Método o procedimiento para evitar que los gérmenes infecten una cosa o un lugar.

ASPO: Sociedad americana de psicoprofilaxis en obstetricia

Auscultación: Exploración de los sonidos que se producen en el interior de un organismo humano o animal, especialmente en la cavidad torácica y abdominal, mediante los instrumentos adecuados o sin ellos.

Apoplejía: Síndrome neurológico de aparición brusca que comporta la suspensión de la actividad cerebral y un cierto grado de parálisis muscular; es debido a un trastorno vascular del cerebro, como una embolia, una hemorragia o una trombosis.

B

Bradycardia: Descenso de la frecuencia de contracción cardíaca

C

CTG: Curva de tolerancia a la glucosa

CONAVE: Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica

D

Decidua: nombre que recibe el endometrio en el embarazo

Dehiscencia: Abertura espontánea de una parte o de un órgano que se había suturado durante una intervención quirúrgica.

dl: Decilitros

DM: Diabetes mellitus

Du: Antígeno D expresado débilmente

Disnea: Ahogo o dificultad en la respiración.

Distocia de Hombros: se produce cuando, tras la salida de la cabeza fetal, se detiene la progresión del parto.

E

Ecografía: Técnica de exploración de los órganos internos del cuerpo que consiste en registrar el eco de ondas electromagnéticas o acústicas enviadas hacia el lugar que se examina.

Ectópico: Que se produce fuera del lugar propio

Edema: Presencia de un exceso de líquido en algún órgano o tejido del cuerpo que, en ocasiones, puede ofrecer el aspecto de una hinchazón blanda

Enema: Líquido que se inyecta en el intestino por el ano con fines laxantes, terapéuticos o analíticos.

Especuloscopia: Es un examen que consiste en la colocación del espejo vaginal.

Permite observar las características de las paredes vaginales, del cuello y del contenido vaginal

Esterilización: Privación de la facultad de reproducción natural a una persona o un animal.

Estenosis: Estrechez o estrechamiento de un orificio o conducto.

E²: Estatura al cuadrado

F

Fistula: Conducto anormal que se abre en una cavidad orgánica y que comunica con el exterior o con otra cavidad.

FPP: fecha probable de parto

FUM: Fecha de última menstruación

G

Ginatresia: Atresia del aparato genital femenino que afecta, fundamentalmente, a la vagina y al cuello uterino y, más raramente, a los genitales externos.

GIRE: Grupo de Información en Reproducción Elegida

GPC: guía de práctica clínica

Glucosuria: Presencia de glucosa en la orina

H

Hematoma: Acumulación de sangre coagulada o parcialmente coagulada en un órgano, tejido o espacio del cuerpo debido a la rotura de un vaso sanguíneo.

Hidrocefalia: Aumento anormal de la cantidad de líquido cefalorraquídeo en las cavidades del cerebro.

Hipoxia: Disminución del oxígeno

HTA: Hipertensión arterial

I

IM: Vía intramuscular

IV: Vía intravenosa

Incisión: Corte hecho en un cuerpo o una superficie con un instrumento cortante o agudo.

IMC: Índice de masa corporal

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

L

LCF: Latidos cardiacos fetales

Loquios: Flujo sanguinolento que sale del aparato genital de la mujer en las dos primeras semanas después del parto y puede durar hasta un mes.

Líquido amniótico: Líquido transparente y amarillento contenido en la cavidad amniótica que protege el embrión o el feto de los traumatismos externos.

M

MBE: Medicina Basada en Evidencia

Meningitis: Inflamación de las meninges debida a una infección vírica o bacteriana.

Meconio: Primer excremento de los recién nacidos, que es de color verdoso y consistencia viscosa y está compuesto de moco, bilis y restos de la capa superficial de la piel.

Morbimortalidad: se refiere al conjunto de enfermedades mortales que han afectado a una cantidad de personas en un tiempo y lugar determinados.

N

Nulípara: Mujer que no ha dado a luz ningún hijo.

NOM: Norma Oficial Mexicana

O

Oligoamnios: Muy poco líquido amniótico.

OMS: Organización Mundial de la Salud

P

Paternalismo: Actitud de la persona que aplica las formas de autoridad y protección, propias del padre en la familia tradicional, a otro tipo de relaciones sociales: políticas, laborales

Partograma: Es una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto.

Papanicolaou: Procedimiento para el que se usa un cepillo pequeño o una espátula a fin de extraer con suavidad células del cuello uterino para que se examinen al microscopio y se determine si hay cáncer de cuello uterino o cambios en las células que puedan producir este cáncer.

PC: perímetro cefálico

Pelvimetría: Es la medición clínica de los diámetros de la pelvis, mediante instrumentos en forma de compás llamados pelvímetros

Perineo: El perineo es la parte del cuerpo que da lugar al suelo pélvico y donde se encuentran ubicados el ano y los órganos genitales externos. **Incontinencia fecal:** es la incapacidad de controlar sus intestinos.

Perfusión: Introducción lenta y continuada de una sustancia medicamentosa o de sangre en un organismo u órgano por vía intravenosa, subcutánea o rectal.

PH: Potencial de hidrogeniones

Plicomas: Es un pliegue engrosado a modo de papila

PND: Plan Nacional de Desarrollo.

Polaquiuria: Frecuencia miccional

Polihidramnios: Presencia excesiva o aumento de líquido amniótico

Postprandial: Posterior a las comidas.

Proteinuria: Presencia en la orina de proteínas en una cantidad superior a la normal.

Prolapso: Descenso o caída de un órgano interno, una víscera, etc., del cuerpo a causa de la relajación de sus medios de fijación, especialmente cuando sale a través de un orificio natural o artificial.

Profilaxis: Conjunto de medidas que se toman para proteger o preservar de las enfermedades.

R

RN: recién nacido

S

SDG: semanas de gestación

SINAVE: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Sintomatología: Conjunto de síntomas que son característicos de una enfermedad determinada o que se presentan en un enfermo.

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

Sutura: Unión quirúrgica que se realiza con hilos, grapas u otros materiales para cerrar una herida o para unir tejidos u órganos.

T

Taquistolia: (aumento de la frecuencia): Seis o más contracciones en 10 minutos observadas durante 30 minutos.

Tricotomía: Es el corte o extracción de cabello o vello en la preparación del paciente antes de la cirugía.

TSH: hormona estimulante de la tiroides

TA: Tensión arterial

U

UI: unidades

V

Vulnerabilidad: Cualidad de lo que es vulnerable