



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA – DIVISIÓN DE POSGRADO
HOSPITAL ÁNGELES LOMAS



TESIS DE POSGRADO

**PARTO HUMANIZADO: ASPECTOS ETNOGRÁFICOS Y
EXPERIENCIA EN UN CENTRO HOSPITALARIO PRIVADO DE
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL MUNICIPIO DE
HUIXQUILUCAN ESTADO DE MÉXICO**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**QUE PRESENTA:
DR. DANIEL PASCAL PONTÓN**

ASESORES DE TESIS:

DR. CARLOS QUESNEL*

*PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, JEFE DE LA DIVISIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ÁNGELES LOMAS

HUIXQUILUCAN, ESTADO DE MÉXICO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
JUSTIFICACIÓN	4
ANTECEDENTES: PARTO HUMANIZADO VS. MEDICALIZADO	5
CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO	5
DEFINICIONES Y CONCEPTOS	6
DOLOR OBSTÉTRICO	6
ANALGESIA OBSTÉTRICA	7
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA/PERINATAL	8
OBJETIVOS	9
GENERAL	9
ESPECÍFICOS	9
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
MATERIAL Y MÉTODOS	9
ALCANCES	9
COMPONENTES MUESTRALES	10
SELECCIÓN DE LA MUESTRA	10
VARIABLES	11
INSTRUMENTO	11
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN Y ASPECTOS CONTROVERSIALES	14
PARTO HUMANIZADO Y MEDICALIZADO, ¿CUÁL ES MEJOR?	14
PARTO HUMANIZADO EN MÉXICO, ¿EN DÓNDE ESTAMOS?	16
CONCLUSIONES	18
RECOMENDACIONES EN CUANTO A POLÍTICAS PÚBLICAS	18
REFERENCIAS	21
ANEXOS	23

PARTO HUMANIZADO: ASPECTOS ETNOGRÁFICOS Y EXPERIENCIA EN UN CENTRO HOSPITALARIO PRIVADO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL ESTADO DE MÉXICO

INTRODUCCIÓN

El papel de la mujer hoy en día en cuanto a la toma de decisiones con respecto al trabajo de parto y al nacimiento cada vez toma más fuerza; a pesar de que este evento en la sociedad occidental tiende hacia una corriente medicalizada, existe un espectro de modalidades de resolución heterogéneas, que van desde la no intervención hasta el término del embarazo vía abdominal.

Parto humanizado

- En ayuno o con dieta normal
- En casa o en contexto hospitalario
- Libertad ambiental
- En compañía de obstetra, partera y/o doula
- Sin aporte de soluciones parenteral
- Monitorización fetal continúa, con tendencia a la valoración intermitente

Parto medicalizado

- En ayuno
- Contexto hospitalario
- Uno o no de analgesia epidural
- Implementación variable de distintos esquemas de inducción
- Aporte de soluciones parenterales
- Paciente en reposo
- Monitorización fetal continúa/intermitente
- Resolución vía vaginal o abdominal, cesárea electiva

FUENTES: (Preis, Gozlan, Dan, & Benyamini, 2018) (Benyamini, Molho, Dan, Gozlan, & Preis, 2017) (Swift, Gottfredsdottir, Zoega, Gross, & Stoll, 2017)

Es importante analizar cuáles son las repercusiones que tendrán las diferentes combinaciones que llevan a la resolución del evento obstétrico no sólo a nivel individual, sino colectivo; sus implicaciones sociales, económicas y culturales; entendiendo el papel que juega el parto en todas sus dimensiones. (Preis, Gozlan, Dan, & Benyamini, 2018) (Dickinson, Foss, & Kroløk, 2016)

En la actualidad, existe una heterogeneidad importante en cuanto a la percepción de qué es mejor, entre optar por una postura hacia lo “natural” o implementar la medicalización del trabajo de parto; encontrando una importante discordancia que somete esta problemática a un análisis más profundo, no se trata solamente de establecer que es “bueno” y qué es “malo”, sino entender el perfil de cada postura, analizar qué tiene de adecuado, cuáles son los riesgos y sobre todo definir puntualmente la relación riesgo-beneficio que guarda cada una respecto con la otra. (Logsdon & Smith-Morris , 2017) (Sapién-López, Córdoba Basulto , & Salquero-Valázquez , 2008)

Cabe mencionar que la medicalización excesiva durante el embarazo y el trabajo de parto constituye una de las principales razones por las cuales los costos socio sanitarios asociados sean tan altos, la “rutina” implementada genera lo que algunos autores describen como cascada de intervención, que a su vez engloba una serie de intervenciones que no precisamente son necesarias ni indicadas, un ejemplo representativo en este marco son las elevadas tasas de cesáreas sin indicación formal establecida, la organización mundial de la salud (ONU) recomienda que para abastecer lo establecido con los objetivos del milenio, la tasa de dicho procedimiento debe de mantenerse entre el 5 y el 15%, por ejemplo en Estados Unidos de América la resolución de eventos obstétricos mediante esta modalidad asciende a 32%, se debe de tomar en cuenta que la poca promoción y sobre todo accesibilidad a servicios de partería tradicional/doulas condiciona que este número vaya en incremento gradual (Happel-Parkins & Azim , 2017); al no cumplirse dichas metas estamos a reserva de poder implementar lo necesario que nos permita entonces alcanzar satisfactoriamente las metas establecidas en los nuevos “objetivos del desarrollo sustentable” .

JUSTIFICACIÓN

La transición hacia la maternidad es un hito fundamental en la vida de muchas mujeres, siendo el parto entonces un evento angular en dicho proceso; consecuentemente un gran número de individuos regidos por normas sociales se someten a la preparación de este acontecimiento; existirán sin embargo diferencias en cuanto a cómo, dónde y con quién llevaran a cabo dicho procedimiento; mismo que tendrá una repercusión en la relación médico-paciente. Idealmente, las preferencias serían cumplidas con los resultados obtenidos, sin embargo debemos de saber que bajo ciertas circunstancias la resolución el evento obstétrico tendrá cambios que no necesariamente cumplan con las expectativas, en especial en situaciones de urgencia-emergencia que comprometan la integridad del binomio (Preis, Lobel, & Benyamini, *Between Expectancy and Experience: Testing a Model of Childbirth Satisfaction*, 2018).

Existe una polaridad importante acerca del beneficio real al implementar técnicas de medicalización del parto, con tendencias y preferencias discordantes entre lo “natural” y la intervención, por lo que resulta imperativo:

- Conocer el perfil de diferencias en cuanto a actitudes con respecto a la medicalización del parto, en función al contexto sociodemográfico y al historial obstétrico de las pacientes en estudio.

- Establecer si existe alguna asociación en cuanto a las diferentes actitudes o posturas expresadas con respecto al “miedo” al trabajo de parto y “medicalización” de este proceso.
- Evaluar la causalidad en cuanto a posturas/actitudes hacia la medicalización del parto tomando en cuenta la idealización en cuanto a la resolución del evento obstétrico con el modo real de nacimiento (Benyamini, Molho, Dan, Gozlan, & Preis, 2017)

ANTECEDENTES: PARTO HUMANIZADO vs. MEDICALIZADO

El parto humanizado se refiere precisamente a respetar el proceso fisiológico del parto acoplándose a un esquema de mínima intervención obstétrica con la utilización de medios distintos a los farmacológicos para el manejo del dolor, teóricamente reduciendo la tasa de cesáreas innecesarias, episiotomías, aislamiento materno, uso de esquemas de inducción y de exploraciones pélvicas repetidas (Terré, Beneit, Gol, Garriga, Salgado, & Ferrer, 2014) (Vega, 2017) (Rathkamp, 2017)

El contexto filosófico del parto humanizado se sustenta en el hecho de que el embarazo y el trabajo de parto son eventos fisiológicos, tomando en cuenta a la mujer para el algoritmo decisivo/terapéutico, es decir que existe una relación simétrica de poder entre médico-paciente (Díaz-Pérez, 2017). En contraparte el parto “medicalizado” se refiere a la intervención mediante diferentes técnicas, tecnologías y fármacos; con la finalidad de inducir/conducir la actividad uterina y acortar el tiempo del trabajo de parto como tal; dichas estrategias se basan principalmente en:

- Uso de oxitócicos parenterales; así como prostaglandinas para maduración cervical.
- Amniotomía.
- Monitorización fetal continua.
- Episiotomía rutinaria.
- Posición de litotomía.
- Corte de cordón umbilical.
- Analgesia/anestesia, que condiciona una situación de reposo absoluto. (Díaz-Pérez, 2017)

Lo más importante a resaltar es que la relación médico-paciente se vuelve asimétrica, en donde la toma de decisiones se realiza principalmente por el médico, misma que se vuelve dogmática y no sujeta a la intervención de la paciente en cuanto al algoritmo implementado para la toma de decisiones. (Díaz-Pérez, 2017)

CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

La mortalidad materna, muerte perinatal y puerperal son indicadores clave para definir el estado de salud poblacional en mujeres; las tres primeras causas de mortalidad materna son la hemorragia obstétrica, infecciones puerperales y trastornos del espectro de pre eclampsia; uno de los objetivos del milenio establecidos por la ONU es precisamente la reducción de la mortalidad materna global de 216,000 muertes

actuales a 70,000 por cada 100,000 nacidos vivos para el año 2,030. (Withers, Kharazmi, & Lim, 2018)

A pesar de que la implementación de estrategias de monitorización prenatal y el parto medicalizado han reducido considerablemente las tasas de muerte perinatal y materna; se ha puesto en crítica la verdadera utilidad de la medicalización cuasiuniversal observada, siendo que ciertas cohortes habitúan dentro de sus prácticas socioculturales y/o religiosas practicar la partería con resultados favorables, cuestionando entonces cuál es la ventaja que ofrecen estas prácticas con sustento ancestral puesto que los desenlaces clínicos observados en ciertos estudios favorecen la implementación de estas prácticas no sólo por el beneficio analgésico postparto, la satisfacción individual de las pacientes, el favorecimiento al apego inmediato sino también por su impacto en el estado de salud colectivo (Feasey, 2016; Rane, Iyer, Ananthram, & Currie, 2017).

La movimiento hacia la no intervención inició en Inglaterra en los años 1,930, se desarrolló posteriormente en América en los años 40, situación que se a globalizado siendo entonces una postura internacional que no sólo se limita a ciertos grupos y que genera interés en la población general; por su parte el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido) resalta que el cuidado del trabajo de parto por parteras es la opción más adecuada en gestas no complicadas o de bajo riesgo, confirmando que el nacimiento en hogar es igual de seguro que una unidad dirigida por una partera y una sala de parto tradicional para los recién nacidos de mujeres embarazadas de bajo riesgo que ya han tenido al menos 1 hijo previamente. No debemos menospreciar el efecto de la globalización y el acceso inmediato a la información que ofrecen las sociales, herramientas y fuentes no necesariamente confiables pero que ponen a disposición a prácticamente toda la población estos datos, favoreciendo cada vez más dicha moda. (Feasey, 2016) (Rane, Iyer, Ananthram, & Currie, 2017).

DEFINICIONES Y CONCEPTOS

DOLOR OBSTÉTRICO

El dolor del trabajo de parto tiene componentes muy puntuales que lo diferencian del “dolor” en términos generales, sus características principales son las siguientes:

- Asociado a la actividad uterina y dilatación cervical, con vías ascendentes hacia la porción medular puntualmente T10 a L1, generando una respuesta endócrina adaptativa con el subsecuente aumento en catecolaminas y cortisol (Gomezese & Estupiñán-Ribero, 2017)
- De carácter agudo.
- Discontinuo, intermitente.
- Prodrómico de un evento fisiológico.
- Superior al que presentan otras especies por las características anatomofuncionales del organismo humano, fundamentalmente por las relaciones cefalopélvicas y a la bipedestación.

- Intensidad variable, sin embargo está descrito como de los más intensos conocidos, en el estudio realizado por Melzack y colaboradores se compara en el 20% de las mujeres como insoportable, 35% intenso, 30% moderado y un 15% restante lo describe como mínimo; por lo que no podemos hablar de una severidad “universal” sino que sería más adecuado establecer una escala heterogénea y variable en cuanto a la tolerancia del mismo. Esto se regirá a su vez a la etapa del trabajo de parto en la que se encuentre la paciente, es evidente que la intensidad del dolor referido será mayor en el periodo expulsivo donde se cuenta con dilatación cervical completa y un descenso en la presentación fetal, aunado a la distensión máxima de los tejidos blandos maternos, que incluso algunas mujeres lo describen como “anillo de fuego” (Mallén-Pérez, Juvé-Udina, & Roé-Justiniano, 2015) (Terré, Beneit, Gol, Garriga, Salgado, & Ferrer, 2014)

ELEMENTOS BÁSICOS A CONSIDERAR DENTRO DEL CONCEPTO DE DOLOR OBSÉTRICO	
¿Qué es el dolor obstétrico?	Se refiere a una experiencia sensitivo-perceptual y emocional única, que tiene influencia multifactorial tanto por elementos extrínseco-intrínsecos, que inicia como respuesta fisiológica a un estímulo orgánico en relación a la actividad uterina, la expulsión del feto y anexos.
¿Cuáles son los elementos particulares del dolor obstétrico?	Tiene una presentación heterogénea, con una connotación positiva importante, inicia con la actividad uterina, se acompaña de alteraciones de la miotonicidad, presenta búsqueda continua de posiciones antiálgicas, que se utiliza comúnmente modalidades de auto concentración/auto distracción; que cursa de manera simultánea con emociones ambiguas
¿Cuáles son los eventos esperados en cuanto al dolor obstétrico?	No se puede determinar universalidad de los mismos, ya que la experiencia del dolor es individual y por tanto idiosincrática.
¿El dolor obstétrico debe de ser tratado?	Dependerá de la decisión de la paciente en cuestión, apoyada por su pareja, familia y/o profesional de la salud implicado

FUENTE (Mallén-Pérez, Juvé-Udina, & Roé-Justiniano, 2015)

ANALGESIA OBSTÉTRICA

Dicho término se utiliza para definir la búsqueda del alivio de la sensación álgida asociado al trabajo de parto, existen diferentes estrategias que varían desde lo intervencionista-farmacológico (principalmente la analgesia peridural) como los medios no farmacológicos de soporte físico como la hidroterapia, calor local en región perineal, deambulación entre otros; cada uno con efectividad y satisfacción variable entre cada usuaria, por lo que la idoneidad de uno sobre otro es imposible de establecer. (Gomezese & Estupiñán-Ribero, 2017)

ANALGESIA OBSTÉTRICA, TÉCNICAS ALTERNATIVAS Y VALOR SEMICUANTITATIVO DE ESTAS			
NATURALEZA	TÉCNICA	EFFECTIVIDAD	COMPLICACIONES
Farmacológica	Bloqueo peridural	+++	+
	Analgesia combinada	++++	+++
	Bloqueo paracervical	++	++
	Bloqueo pudendo	++	++
	Óxido nitroso	+	-
	Halogenados, sevoflurano	+	+++
	Opiáceos parenterales	++	+
No farmacológica	Inmersión en agua	+	-
	Masaje	+	-
	Acupuntura	+	-
	Ejercicios respiratorios	+	-
	Música	+	-
	Aromaterapia	+	-
	Hipnosis	+	-
	TENS	+	-

FUENTE: (Gomezese & Estupiñán-Ribero, 2017)

PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA/PERINATAL

Se refiere a un conjunto de estrategias que brindan un soporte físico y psicológico de la pareja para culminar en el nacimiento más natural y seguro posible, siendo un proceso consciente, activo y dinámico con un desenlace sin sufrimiento, dentro de sus principales características destacan las siguientes:

- Ejercicios obstétricos, relajación neuromuscular y manejo/control de la respiración. (Otogara, Karimi-Shahanjarini , & Mehdi-Hazavehei , 2017)
- Empoderamiento del padre, para que este participe durante las diferentes etapas del embarazo de manera activa, compartiendo la responsabilidad y vivencia de este suceso fisiológico. (Sapién-López, Córdoba Basulto , & Salquero-Valázquez , 2008) (Gazca, 2014)
- “Perder el miedo y reducir la ansiedad” del trabajo de parto, al entender que se trata de un evento fisiológico, al saber que lo que se está experimentando es lo “normal y esperado”. (Otogara, Karimi-Shahanjarini , & Mehdi-Hazavehei , 2017)

La teoría del comportamiento planificado es de utilizada para valorar y determinar los diferentes factores de riesgo que predisponen la ocurrencia o ausencia de determinado comportamiento; al valorar de manera contextual podemos determinar con mayor precisión las tendencias en el comportamiento de nuestros pacientes, los componentes de dicho postulado son los siguientes:

- Comportamiento: Son las acciones realizadas de manera consciente/inconsciente por el individuo estudiado.
- Tendencia conductual: Se refiere a la decisión individual de realizar o no cierto acción mismo que es el determinante inmediato del comportamiento.

- Actitud: Se refiere hasta cierto punto que el comportamiento dado es deseable para un individuo y que las creencias conductuales así como los procesos de evaluación de resultados pueden conducir a su formación.
- Normas subjetivas: Es la presión social percibida por el individuo en estudio para llevar o no a cabo cierto comportamiento.
- Control conductual percibido: De utilidad para percibir la intención conductual. (Soheili, Mirzaei, Sayemiri, & Ghazanfari, 2017)

Evaluado lo anterior, al integrar dichos conocimientos a la práctica obstétrica actual podemos estimar cuál será en desenlace de dicho evento al analizar las características conductuales de la madre así como su interacción con el entorno. (Sapién-López, Córdoba Basulto , & Salquero-Valázquez , 2008)

OBJETIVOS

GENERAL

Conocer el perfil general de las pacientes obstétricas que se atienden en el hospital ángeles lomas con intención de parto humanizado, sus características poblacionales y desenlaces.

ESPECÍFICOS

Conocer cuáles son las diferencias asociadas en los diferentes modelos de “atención humanizada del parto” evaluando las rutinas de cada tratante que ofrece dicho servicio en el hospital ángeles lomas; para interpretar el efecto de las mismas sobre los resultados obtenidos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el perfil general de las pacientes obstétricas que se atienden en el hospital ángeles lomas con intención de parto humanizado, sus características poblacionales y sus potenciales desenlaces?

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, con recolección de datos retrospectivo, no experimental, no se realizaron cálculos para definir el tamaño de la muestra por las características propias del estudio, se realizó un registro por parte del autor de los eventos obstétricos que ingresan a sala de labor del hospital ángeles lomas para atención de parto humanizado, las características del perfil perinatales, los desenlaces favorables así como las potenciales complicaciones asociadas; mediante revisión de expedientes físicos y electrónicos del hospital ángeles lomas.

ALCANCES

Exploratoria

Corresponde a un temas poco estudiados en la ciudad de México o se estudian situaciones previamente conocidas tomando en cuenta nuevos contextos/perspectivas.

Correlacional

Se estudia la relación entre dos o más variables/conceptos, en este caso una serie de particularidades propias de una cohorte de mujeres muy particular y representativa de un grupo social, cultural y económico del área metropolitana.

Descriptiva

La intención de este alcance es la de describir las características, propiedades y particularidades de un fenómeno, es decir los “¿Cómo?”, por lo que este estudio busca describir el fenómeno del parto humanizado y nuestra experiencia institucional al analizar el perfil de las diferentes pacientes que optan por esta variedad de atención del parto así como los resultados asociados a las diferentes rutinas implementadas por los diversos tratantes que ofrecen este servicio.

Destaca el alcance exploratorio y descriptivo, al buscar definir el fenómeno del parto humanizado para idealmente poder extrapolar los resultados obtenidos acerca del contexto socioeconómico de las pacientes atendidas en el hospital ángeles lomas y realizar inferencias con respecto a la población de muestra.

- Exploratorio: Conocer las características de los de las pacientes que ingresan a atención de parto humanizado en el hospital ángeles de las lomas.
- Descriptivo: Con base en los resultados obtenidos, poder realizar un diagnóstico poblacional/contextual de dicho fenómeno.

CORRELACIONAL

¿La atención del parto humanizado presenta tasas de morbilidad equiparables a la resolución vaginal medicalizada en el hospital ángeles lomas?

EXPLICATIVA

¿Por qué la prevalencia de las tendencia a las prácticas de parto humanizado ha aumentado en la cohorte atendida en el hospital ángeles lomas?

COMPONENTES MUESTRALES

MUESTRA

Corresponde al subgrupo representativo del universo o población con el cual se trabajará en la investigación, puede ser:

- Probabilística.
- No probabilística.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Puesto que el enfoque del presente estudio es descriptivo, no se realizaron cálculos para definir el tamaño de la muestra y las selección de las mismas mediante metodología no probabilística -se incluyeron prácticamente a todas las pacientes que ingresaron para atención de parto humanizado basándose en la libreta de control de dirección de enfermería del área de labor del hospital en cuestión- se realizó un registro por parte del autor de los eventos obstétricos que ingresan a sala de labor del hospital ángeles lomas para atención de parto humanizado, las características del

perfil transparto, los desenlaces favorables así como las potenciales complicaciones asociadas.

Criterios de inclusión

- Pacientes que ingresen a labor del hospital ángeles lomas en el periodo comprendido de 2015 a 2019
- Pacientes que estuvieran adecuadamente registradas en el formato de atención ginecoobstétrica por parte de la dirección de enfermería del área de labor.
- Pacientes que anterior a la implementación del expediente clínico electrónico, tengan respaldo de su historial médico con su médico tratante correspondiente, mismo que este debe de autorizar la revisión de sus expedientes de práctica asistencial personales, para poder completar los datos faltantes en la base de datos

Criterios de exclusión

- Aquellas pacientes con registro de variables incompleto.

Criterios de eliminación

- Registros que no concuerden –de existir sustento- con expediente clínico electrónico.
- Aquellas pacientes que no firmen el consentimiento informado para la atención del parto y sus potenciales desenlaces, que se encuentra anexado en el expediente impreso de cada ingreso.

VARIABLES

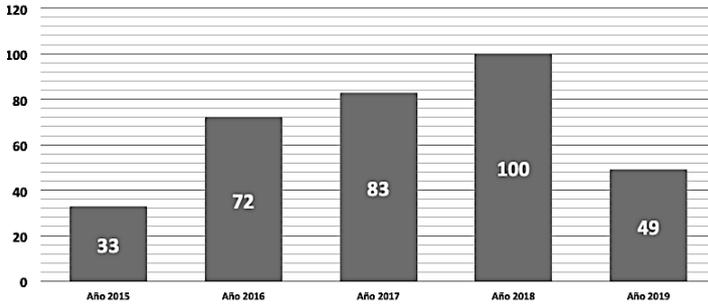
Estas corresponden a propiedades que pueden variar y dicha variación es susceptible de observarse o medirse; es importante definir con mucha claridad para que exista unidad en el entendimiento de las mismas, por lo que se expone la siguiente tabla comparativa de definiciones conceptual y operacional.

INSTRUMENTO

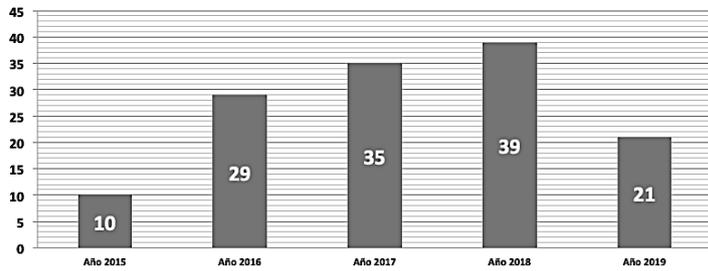
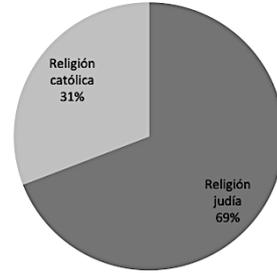
Se realizó un registro de manera personal por el investigador principal del presente trabajo, la información se recopiló inicialmente mediante el registro de la dirección de enfermería del área de labor del hospital ángeles lomas; posteriormente se cotejó la información en caso de tener respaldo con el expediente clínico electrónico.

RESULTADOS

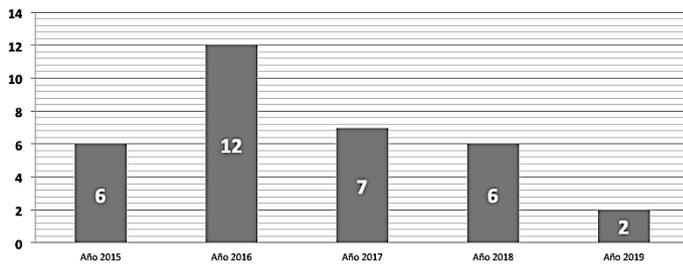
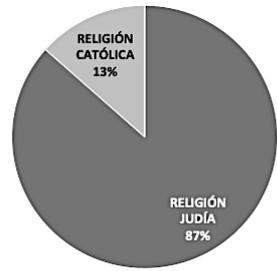
ATENCIÓN DE PARTO HUMANIZADO POR AÑO



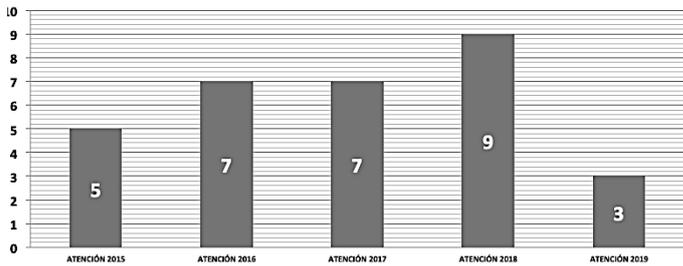
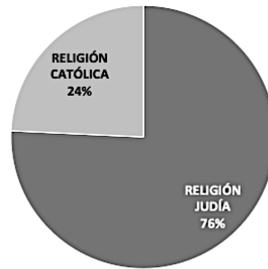
GRÁFICA 1: Escala visual semicuantitativa de la distribución de la atención de parto humanizado según año en el hospital ángeles lomas en el periodo comprendido entre agosto de 2015 a julio de 2019



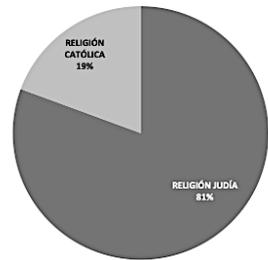
GRÁFICA 2: Escala visual semicuantitativa de distribución de partos humanizados atendidos por tratante A

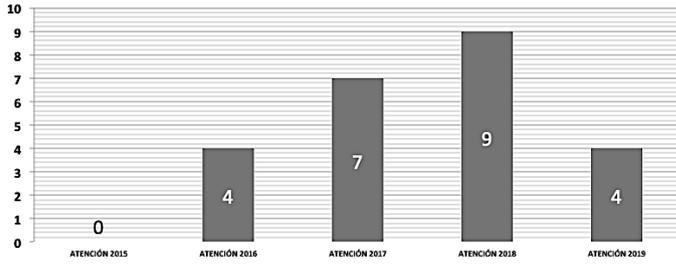


GRÁFICA 3: Escala visual semicuantitativa de distribución de partos humanizados atendidos por tratante B

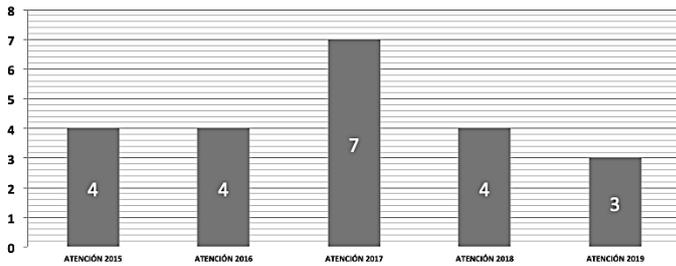
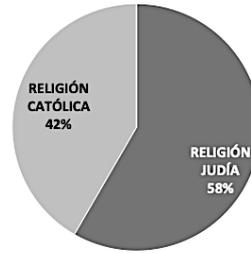


GRÁFICA 4: Escala visual semicuantitativa de distribución de partos humanizados atendidos por tratante C

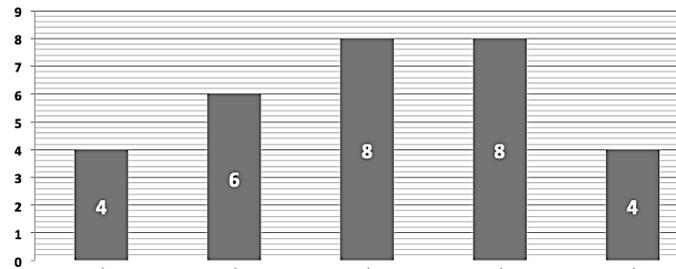
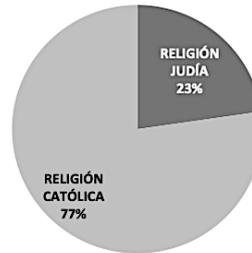




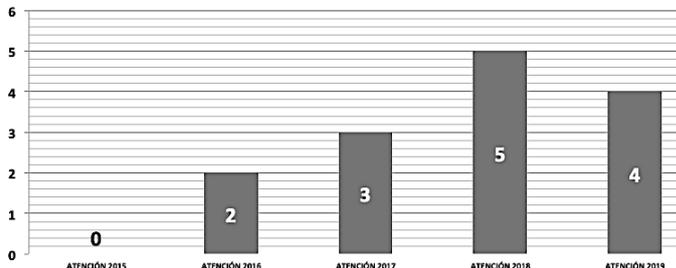
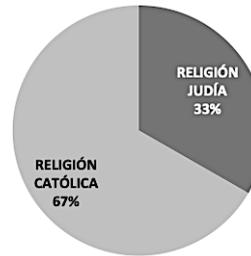
GRÁFICA 4: Escala visual semicuantitativa de distribución de partos humanizados atendidos por tratante D



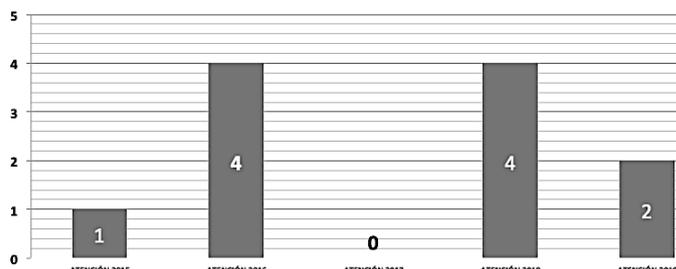
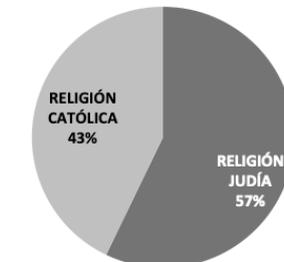
GRÁFICA 5: Escala visual semicuantitativa de distribución de partos humanizados atendidos por tratante E



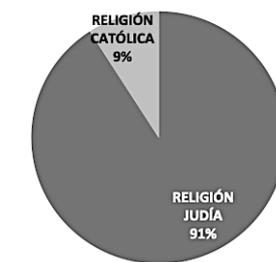
GRÁFICA 7: Escala visual semicuantitativa de distribución de partos humanizados atendidos por tratante F

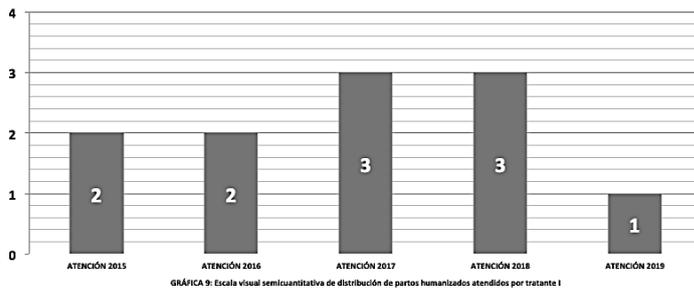


GRÁFICA 8: Escala visual semicuantitativa de distribución de partos humanizados atendidos por tratante G

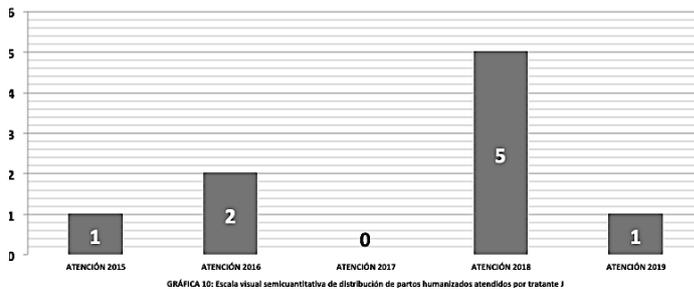
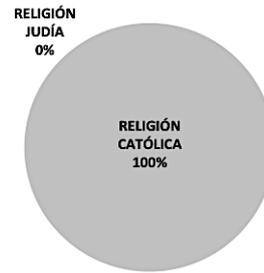


GRÁFICA 9: Escala visual semicuantitativa de distribución de partos humanizados atendidos por tratante H

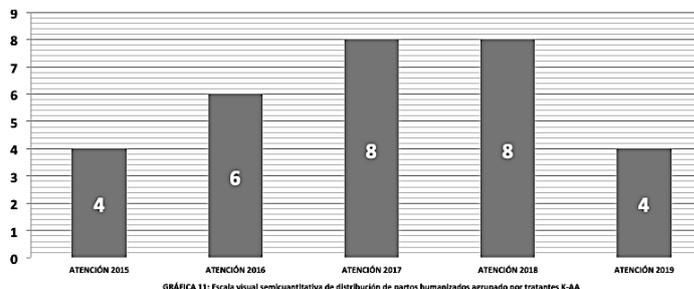
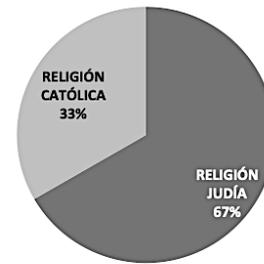




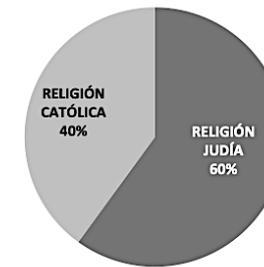
GRÁFICA 9: Escala visual semicuantitativa de distribución de partos humanizados atendidos por tratante I



GRÁFICA 10: Escala visual semicuantitativa de distribución de partos humanizados atendidos por tratante J



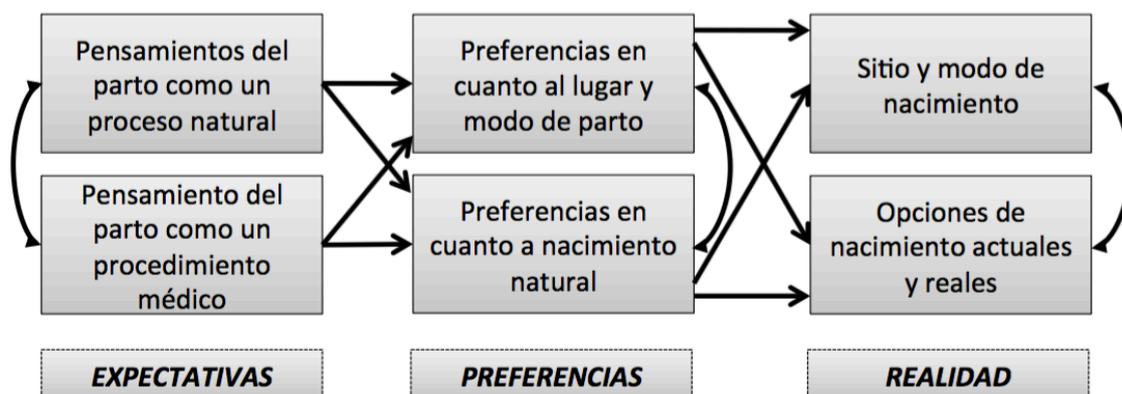
GRÁFICA 11: Escala visual semicuantitativa de distribución de partos humanizados agrupado por tratantes K-AA



DISCUSIÓN Y ASPECTOS CONTROVERSIALES

PARTO HUMANIZADO Y MEDICALIZADO, ¿CUÁL ES MEJOR?

Primero que nada, es imperativo definir qué entendemos por mejor y “mejor” para quién, por lo que lo más adecuado sería perfilar ambos modelos, conocer cuáles son sus ventajas así como sus desventajas para entonces poder emitir un juicio sobre qué es más adecuado con una base individualizada, sin olvidar nuestras capacidades ni limitantes como profesionales de la salud, es decir, no se trata sólo de “lo que la paciente desea” sino qué tipo de atención podemos brindar con los recursos y personal disponible en el momento. (Logsdon & Smith-Morris , 2017) (Rane, Iyer, Ananthram, & Currie, 2017) (Preis, Eisner, Chen, & Benyamini, 2018)



FUENTE: (Preis, Eisner, Chen, & Benyamini, 2018)

TABLA COMPARATIVA ENTRE LOS DIFERENTES DESENLACES DE LA MONITORIZACIÓN FETAL CONTÍNUA VS. VALORACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL INTRAPARTO INTERMITENTE

	Riesgo relativo (RR)	IC 95%
Interrupción del embarazo por cesárea	1.63	1.29-2.07
Parto instrumentado	1.15	1.01-1.33
Convulsiones en el neonato	0.50	0.31-0.80
Acidosis fetal	0.92	0.27-3.11
Hospitalización del recién nacido	1.01	0.86-1.1
Encefalopatía hipóxico-isquémica	0.46	0.04-5.03
Muerte perinatal	0.86	0.59-1.23
Secuelas neurológicas a los 12 meses de vida	3.88	0.83-18.1
Parálisis cerebral	1.75	0.84-3.36

ADAPTADO DE (Carvajal, Martinovic, & Fernández, 2017)

TABLA COMPARATIVA LA ATENCIÓN DEL PARTO DOMICILIARIO VS. HOSPITALARIO

	Valores	Odds Ratio (OR)	IC 95%
Muerte perinatal	3.9/1,000 vs 1.8/1,000	2.43	1.37-4.30
Convulsiones	1.3/1,000 vs 0.4/1,000	3.6	1.36-9.50
APGAR < 7 a los 5 minutos	NA	1.31	1.04-1.66
Transfusión materna	0.6% vs 0.4%	1.91	1.25-2.93
Parto asistido	1.0% vs 3.0%	0.24	0.17-0.34
Cesárea	5.3% vs 23.4%	0.18	0.16-0.22
Inducción del parto	NA	0.11	0.09-0.12
Conducción del parto	NA	0.21	0.19-0.24

ADAPTADO DE (Carvajal, Martinovic, & Fernández, 2017)

TABLA COMPARATIVA DE RIESGOS MATERNO-FETALES ASOCIADOS AL ALUMBRAMIENTO Y LAS DISTINTAS TÉCNICAS DE MANEJO EMPLEADAS

MANEJO ACTIVO	RR	IC 95%
Anemia severa, Hb <9g/dL	0.50	0.30-0.83
Transfusiones	0.35	0.22-0.55
Uso de uterotónico	0.19	0.15-0.23
Sangrado mayor a 1,000cc	0.34	0.14-0.87
Aumento de la presión arterial diastólica posparto	4.10	1.73-10.3
Frecuencia de vómitos	2.47	1.0 -4.48
Necesidad de analgésicos	2.53	1.34-4.78
Admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatales	0.81	0.60-1.11
Hiperbilirrubinemia del recién nacido	0.96	0.55-1.68
Lactancia materna al alta	1.01	0.96-1.07

OXITOCINA PARENTERAL RUTINARIA	RR	IC 95%
Sangrado mayor a 500cc	0.53	0.38-0.74
Sangrado mayor a 1,000cc	0.62	0.44-0.87
Uso terapéutico de uterotónico	0.56	0.36-0.87
Anemia severa, Hb < 9g/dL	0.80	0.60-1.00
Transfusión de hemoderivados	0.89	0.44-1.78
Duración del alumbramiento mayor a 30 minutos	2.55	0.88-7.44
Remoción manual de la placenta	1.26	0.88-1.81
Frecuencia de vómitos	0.29	0.01-6.74

ADAPTADO DE (Carvajal, Martinovic, & Fernández, 2017)

PARTO HUMANIZADO EN MÉXICO, ¿EN DÓNDE ESTAMOS?

En la historia de México se ha detallado la partería como una práctica ancestral y tradicional presente en virtualmente todas las culturas del país, sin embargo no existe a la fecha un reconocimiento adecuado para las parteras tradicionales ni profesionales, limitando entonces su ejercicio u actuación dentro del sistema nacional de salud. (Atkin, Keith-Brown, Rees, & Sesia, 2017)

Históricamente

- Parteras tradicionales con gran prestigio, respeto por parte de la sociedad

1833

- Se establece la partería profesional (Cátedra de Partería) como proyecto de la carrera de medicina y Cirugía, trabajo en conjunto de parteras con médicos en la unidad de maternidad

1880 a 1900

- Se establece la Cátedra de Ginecología, se establecen requisitos para la formación de parteras, la atención obstétrica se lleva a cabo por médicos, con crítica importante de las prácticas de partería

1990 a 1960

- Creación de la carrera de enfermería, partería como especialidad de la misma. Atención obstétrica en hospitales principalmente por enfermeras obstetras, mismas que llevan el control prenatal y atención perinatal

1960 a 1980

- Se eliminan plazas para parteras en centros hospitalarios, atención obstétrica únicamente por médicos; se capacita a parteras tradicionales para dar planificación familiar y parto seguro, puntualmente para zonas rurales

1980's

- Expansión de la atención primaria, iniciativa de "maternidad segura", detección de gripes de riesgo en atención prenatal con adecuada referencia de casos de riesgo; continúa la formación de parteras tradicionales en procedimientos seguros, sin reconocimiento adecuado

1990's

- Priorización en la accesibilidad a atención obstétrica de emergencia, para manejo inmediato por personal calificado y con centros hospitalarios adecuados.

2000's en adelante

- Con base a los estatutos establecidos por la ONU para la reducción de la mortalidad materna, se implementa como estrategia atención de todos los partos en medio hospitalario para garantizar atención obstétrica de emergencia en caso de así requerirlo

FUENTE: (Atkin, Keith-Brown, Rees, & Sesia, 2017) (Almaguer-González, García-Ramírez, & Vargas-Vite, 2012)

Es importante resaltar que actualmente aproximadamente el 96% de los partos en México son atendidos en centros hospitalarios de segundo nivel por lo que los servicios se encuentran saturados, condición que favorece una inadecuada atención al no contar con disponibilidad profesional ni de insumos adecuados para garantizar un cuidado de calidad; situación que favorece el desarrollo de violencia obstétrica, motivo de discusión y persecución jurídica para el obstetra y resto de personal de salud implicado; en términos de salud pública nuestro país se posiciona en el cuarto lugar a nivel global y segundo en Latinoamérica en cuanto a resolución del embarazo por cesárea, con un incremento cercano al 50% en los últimos 15 años. (Atkin, Keith-Brown, Rees, & Sesia, 2017)

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES EN CUANTO A POLÍTICAS PÚBLICAS

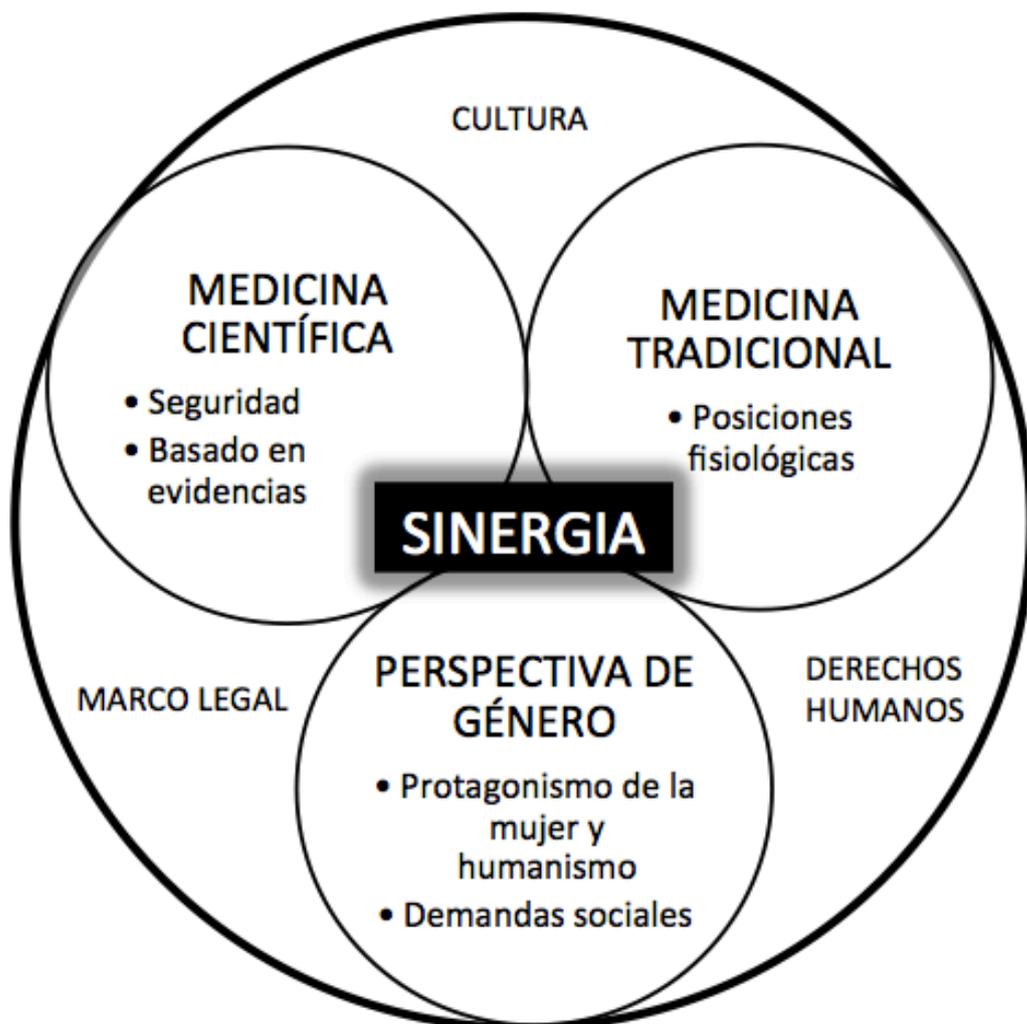
A continuación se detallan algunas ideas o recomendaciones que en condiciones ideales debiesen de existir o tomarse en cuenta para la realización de las distintas políticas públicas:

- Que el trabajo de parto se apege en la manera de lo posible a las condiciones más naturales, de carácter humanizado y sensible; incluyendo a la mujer en la toma de decisiones, proporcionando adecuado soporte físico y emocional en la unidad de salud donde se lleve a cabo.
- Apoyo en el puerperio, por parte del personal sanitario.
- Reformular la configuración de las instalaciones sanitarias para poder proporcionar condiciones óptimas, un ambiente agradable y amigable para llevar a cabo el trabajo de parto sin ultrajar la privacidad de la paciente.
- Que se fomente la lactancia materna exclusiva tanto en instituciones privadas como públicas, siempre resguardando la privacidad e intimidad de la paciente.
- Que el personal sanitario brinde atención cálida, amable y sobre todo humana.
- Suspender prácticas que comúnmente se realizan indiscriminadamente y de rutina, cuando no existe indicación formal para realizarlas, tales como la episiotomía, los tactos innecesarios, tricotomía genitocrural y la posición de litotomía.
- No infantilizar a las pacientes.
- Atención por personal femenino a aquellas usuarias de grupos especiales, como lo son la población adolescente e indígena; tanto para el control prenatal, perinatal, del parto y el puerperio.
- Adecuación de programas de partería en instituciones públicas
- Estructuración de una Escuela Nacional de Partería con diferentes sedes y representación según entidad federativa, incluyendo a las parteras como parte del sistema de salud pública.
- Si existen usuarias con derechohabiencia IMSS o ISSSTE, que atiendan su parto con particulares, no tengan que realizar los trámites de incapacidad por maternidad; misma que debiese idealmente de abarcar al menos seis meses

con la finalidad de garantizar lactancia materna, dicha incapacidad estará sujeta a cuándo las diferentes usuarias quieran hacer uso del tiempo reglamentario; idealmente las diferentes instituciones de seguridad social debiesen de solventar los gastos generados por asesoría en lactancia materna. (Vega, 2017)

El entorno contemporáneo alienta una búsqueda mítica para aumentar las tasas de parto vaginal a través del desarrollo generacional, de directrices y recomendaciones clínicas que tienen un enfoque singular en la reducción de la intervención. Esto a menudo lleva las expectativas del paciente, las preocupaciones del profesional y los resultados clínicos a una confrontación directa que no está en el mejor interés de la mujer, a menudo exponiéndola a resultados adversos a corto, mediano y largo plazo.

La evaluación constante de la práctica obstétrica debe juiciosa, guiada por la mejor evidencia disponible y un enfoque en la prevención del daño involuntario a través de un juicio más matizado de la intervención (Rane, Iyer, Ananthram, & Currie, 2017).



FUENTE (Almaguer-González, García-Ramírez, & Vargas-Vite, 2012)

La atención intercultural a las mujeres en el trabajo de parto se fundamenta en el respeto a la cultura y las decisiones de la paciente en cuestión, al intercambio y enriquecimiento de los diversos modelos de atención presentes y a fomentar el

acompañamiento psicoafectivo durante este proceso. (Almaguer-González, García-Ramírez, & Vargas-Vite, 2012)

Se debe de tomar en cuenta el denominador común que cursan las pacientes en trabajo de parto, el miedo y la ansiedad ante un evento que teóricamente sigue un curso fisiológico, por lo que resulta imperativo concientizar a las madres y a la familia implicada sobre qué es normal y esperado que suceda, generando un ambiente de confianza y seguridad, con competencias técnicas sin descuidar la parte afectiva; con una única finalidad, que culmine en el nacimiento satisfactorio del recién nacido. (Gazca, 2014)

Como profesionales de la salud no debemos cerrarnos a catalogar el parto humanizado como una moda sin sentido y carente de valor científico, puesto que en casos de bajo riesgo representa una adecuada alternativa, que no genera gastos innecesarios al sistema de salud y que a su vez es un punto de oportunidad para capacitar a parteras que puedan brindar atención obstétrica en sitios rurales donde no se cuenta con toda la infraestructura para dar un manejo medicalizado – en la actualidad se describe que solo el 61% de los casos llegan a ser atendidos por proveedores calificados-; quizás lo más importante sería la semaforización del riesgo, la adecuada catalogación del bajo y el alto riesgo para su subsecuente atención en el nivel correspondiente. (Swift, Gottfredsdottir, Zoega, Gross , & Stoll, 2017) (Atkin, Keith-Brown, Rees, & Sesia, 2017) (Lokugamage & Pathberiya, 2017)

REFERENCIAS

1. Carvajal, J. A., Martinovic, C. P., & Fernández, C. A. (2017). Parto natural ¿Qué nos dice la evidencia? *Revista de Ciencias Médicas* , 42 (1), 49-60.
2. Logsdon, K., & Smith-Morris , C. (2017). An ethnography on perceptions of pain in Dutch “Natural” childbirth. *Midwifery* , 55, 67-74.
3. Lokugamage, A. U., & Pathberiya, S. D. (2017). Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review . *Reproductive Health (2017) 14:17* , 14 (17), 1-8.
4. Almaguer-González, J. A., García-Ramírez, H. J., & Vargas-Vite, V. (2012). Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y Salud en Cifras* , 10 (2-3), 44-59.
5. Atkin, L. C., Keith-Brown, K., Rees, M. W., & Sesia, P. (2017). Fortalecer la partería: Una deuda pendiente con las mujeres de México. *Management Sciences for Health* , 1-21.
6. Benyamini, Y., Molho, M. L., Dan, U., Gozlan, M., & Preis, H. (2017). Women’s attitudes towards the medicalization of childbirth and their associations with planned and actual modes of birth. *Women and Birth* , 1-7.
7. Dickinson, E., Foss, K., & Kroløk, C. (2016). Empowering Disgust: Redefining Alternative Postpartum Placenta Practices. *Women's Studies in Communication* , 40 (1), 111-128.
8. Díaz-Pérez, A. (2017). Vivencias de las mujeres en relación con las intervenciones médicas durante el embarazo y el parto. *Universidad Simón Bolívar* , 1-160.
9. Feasey, R. (2016). The hierarchy of celebrity childbirth stories. *Celebrity Studies* , 1-16.
10. Gazca, N. J. (2014). Parto indoloro psicopro láctico. 20 obervaciones personales. *Ginecol Obstet* , 82, 210-222.
11. Gomezese, O. F., & Estupiñán-Ribero, B. (2017). Analgesia obstétrica: situación actual y alternativas. *Rev Colomb Anestesiol* , 45 (2), 132-135.
12. Happel-Parkins, A., & Azim , K. A. (2017). She Said, She Said: Interruptive Narratives of Pregnancy and Childbirth. *Forum Qualitative Sozialforschung* , 2 (9), 1-23.
13. Mallén-Pérez, L., Juvé-Udina, M. E., & Roé-Justiniano, M. T. (2015). Dolor de parto: análisis del concepto. *16* (2), 61-67.
14. Montiel-Morales, D. P., Ferreira-Jaime, F., & Rendón-Macías, M. E. (2016). Comparación del periodo de transición en recién nacidos obtenidos de parto en agua y parto en seco. Estudio de cohortes. *Rev Mex Pediatr* , 83 (5), 148-153.
15. Otogara, M., Karimi-Shahanjarini , A., & Mehdi-Hazavehei , S. M. (2017). Exploring perceptions of instructors about childbirth preparation training courses: A qualitative study. *Electronic Physician* , 9 (4), 4215-4224.
16. Preis, H., Lobel, M., & Benyamini, Y. (2018). Between Expectancy and Experience: Testing a Model of Childbirth Satisfaction. *Psychology of Women Quarterly* , 20 (10), 1-13.

17. Preis, H., Eisner, M., Chen, R., & Benyamini, Y. (2018). First-time mothers' birth beliefs, preferences, and actual birth: A longitudinal observational study. *Women and Birth* , 1-8.
18. Preis, H., Gozlan, M., Dan, U., & Benyamini, Y. (2018). A quantitative investigation into women's basic beliefs about birth and planned birth choices . *Midwifery* , 63, 46-51.
19. Rane, A., Iyer, J., Ananthram, H., & Currie, T. (2017). Can we deliver better? *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India* , 67 (3), 157-161.
20. Rathkamp, Q. (2017). Childbirth through time. *WWU Honors Program Senior Projects* , 56, 1-103.
21. Romero-Lecha, S. P., Alba, M. O., Vilar, S. C., & Collado-Boira, E. J. (2018). Parto acuático: complicaciones y beneficios más relevantes respecto al parto vaginal convencional. *Àgora de Salut* , 289-298.
22. Salazar-Herrera, D., Ferreira-Jaime, T. F., & Márquez-González, H. (2016). Diferencia en la presentación de complicaciones en neonatos recibidos por parto convencional y parto en agua en un hospital privado de la Ciudad de México . *Rev Mex Pediatr* , 83 (5), 154-157.
23. Sapién-López, J. S., Córdoba Basulto , D. I., & Salquero-Valázquez , M. A. (2008). Cuidado psicoprofiláctico del embarazo: Experiencias de mujeres y hombres. *Psicología & Sociedade* , 20 (3), 434-443.
24. Soheili, B., Mirzaei, A., Sayemiri, K., & Ghazanfari, Z. (2017). Predicting the behavioral intention of pregnant women's choice of delivery method based on the theory of planned behavior: A cross-sectional study. *J Bas Res Med Sci* , 4 (1), 37-44.
25. Swift, E. M., Gottfredsdottir, H., Zoega, H., Gross , M. M., & Stoll, K. (2017). Opting for natural birth: A survey of birth intentions among young Icelandic women. *Sexual & Reproductive Healthcare* , 11, 41-46.
26. Terré, C., Beneit, J. V., Gol, R., Garriga, N., Salgado, I., & Ferrer, A. (2014). Aplicación de termoterapia en el periné para reducir el dolor perineal durante el parto: ensayo clínico aleatorizado. *Matronas Prof* , 15 (4), 122-129.
27. Vega, R. A. (2017). Commodifying indigeneity: How the humanization of birth reinforces racialized inequality in México. *Medical Anthropology Quarterly* , 31 (4), 499-518.
28. Withers, M., Kharazmi, N., & Lim, E. (2018). Traditional beliefs and practices in pregnancy, childbirth and postpartum: A review of the evidence from Asian countries. *Midwifery* , 56, 158-170.
- 29.

ANEXOS

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
Clave	Número único asignado a cada evento obstétrico, que puede repetirse paciente mas no este número	Número único asignado a cada evento obstétrico, que puede repetirse paciente mas no este número	Numeración	Cuantitativa discreta
Folio general	Clave numérica única asignada a cada paciente en cada evento obstétrico, que no se repite	Clave numérica única asignada a cada paciente en cada evento obstétrico, que no se repite	Numérico	Cualitativa nominal politómica
Médico tratante	Profesional ginecoobstetra que brinda vigilancia atención del parto respetado	Profesional ginecoobstetra que brinda vigilancia atención del parto respetado	A-AA	Cualitativa nominal politómica
Grupo etario	Aquella en que el organismo humano alcanza su completo desarrollo.	Edad de paciente en años, que se catalogará por grupos:	Edad en años	Cuantitativa discreta 1. Menores de 35 años 2. De 35 años o más
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.	Creencias/tradiciones del individuo; contexto sociocultural	1. Judía 2. Católica 3. Otras 99 . No aplica	Cualitativa nominal politómica
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas	Condición orgánica, masculina o femenina de los recién nacidos estudiados en la atención del parto humanizado	1. Masculino 2. Femenino	Cualitativa nominal dicotómica