



UNIVERSIDAD INSURGENTES PLANTEL LEÓN

INCORPORACIÓN 8989-12 UNIVERSIDAD

NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

**PROPUESTA DEL PROGRAMA DE PARTO RESPETADO EN EL HOSPITAL
REGIONAL LEÓN.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTAN

LEO. FONSECA GALVÁN LUCIA YOLANDA
Y

LEO. HINOJOSA AGUIÑAGA SUSANA DENISSE

ASESOR.

M.C y T.E. Susana Rodríguez Lugo

León Guanajuato, ENERO 2020



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.

Índice

Contenido	
Introducción.....	1
Objetivo general	2
Objetivos específicos	2
Justificación.....	3
Marco teórico	5
Propuesta del programa parto respetado en el Hospital Regional León.	5
Parto humanizado	8
Modelo de atención a las mujeres durante el embarazado parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro.	14
Fundamentos teóricos.....	15
Psicoprofilaxis.	48
Material y método.....	59
Conclusión.	60
Bibliografía	62

Agradecimientos

Parece como si nunca hubiéramos estado en paz, siempre batallando por situaciones, sin embargo, siempre llegaron los momentos en los que nuestra lucha ceso he hicimos una tregua para lograr metas conjuntas.

Gracias al Hospital Regional León y al departamento de enseñanza por permitirnos y darnos la oportunidad de realizar este proyecto conformado por Lucia Yolanda Fonseca Galván y Susana Denisse Hinojosa Aguiñaga.

Les agradezco no solo por estar presente en mi vida, sino por los grandes lotes de felicidad y de diversas emociones que siempre me han causado.

Agradezco a mis padres, hermanos y amistades por el apoyo brindado, al igual que a la maestra Susana Rodríguez Lugo coordinadora educativa la cual influyo mucho en nuestro desarrollo profesional y personal donde aprendimos valores y contribución a la buenas prácticas de enfermería de esta forma pudimos concluir nuestro trabajo y estudios profesionales y a la maestra María del Carmen Ortega Dávila por sus conocimientos transmitidos, paciencia y dedicación en el transcurso de este proyecto debido a todo el apoyo dentro de nuestra propuesta del modelo de parto humanizado a su contribución para tratar de proponer este proyecto ya que en su aportación de parto respetado se pueden evaluar diferentes acciones para la certificación del Hospital Regional León dentro de la acreditación para Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña el cual contribuye a la atención amigable.

Introducción

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

De acuerdo al modelo de parto respetado con enfoque intercultural y seguro, todas las instituciones de salud deben de contar con la asistencia y atención durante el parto con dicho modelo, motivo por el cual se decide llevar a cabo la implementación de esta práctica en el Hospital Regional León, realizando una encuesta de conocimiento de las pacientes gestantes sobre el parto humanizado y saber que tanto conocen sobre la atención y así llevar a cabo dicho proyecto.

Objetivo general

Desarrollar una propuesta para la sensibilización ante el parto respetado logrando una capacitación y orientación sobre el modelo de atención de parto humanizado con enfoque intercultural y seguro para lograr disminuir la violencia obstétrica.

Objetivos específicos

- Definir el conocimiento de la persona gestante ante la propuesta del parto humanizado
- Identificar el desarrollo **socio-afectivo** de la persona gestante ante el parto humanizado
- Analizar el interés y motivación del parto respetado en la persona gestante.
- Considerar al personal de enfermería para el acompañar a la persona gestante en el proceso del parto humanizado.
- Designar al personal de enfermería como apoyo para el manejo del dolor en el trabajo de parto.

Justificación

Dentro de las intervenciones quirúrgicas más populares que se practican en México se encuentra la cesárea. Desde 2010, se advertía sobre su incremento desproporcionado en nuestro país, de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010), el 38% del total de los nacimientos se realizan a través de esta práctica. La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda un máximo de 15% de cesáreas. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut, 2012) evidencia para la política pública en salud elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la práctica del parto, refiere que después de China, Brasil y Estados Unidos, México ocupa el cuarto lugar a nivel mundial en el uso de cesáreas sin indicación médica. También señala que el porcentaje total de nacimientos por cesáreas supera el 20% del límite recomendado por la Norma Oficial Mexicana (NOM,007,2016), debido a que se alcanzó el 46.2% de nacimientos mediante este método (20.5% programadas y 25.7% por urgencias). Tanto las cesáreas programadas como las de urgencia superan el máximo recomendado de la OMS. Conllevan a intervención por medio de cesárea (García, 20012) Por ser el parto uno de los eventos más importantes en la vida de las mujeres, la humanización del parto y la atención obstétrica que brinda el personal de enfermería es imprescindible.

Guanajuato 30 de septiembre del 2020 en Guanajuato el número de nacimientos de madres menos de de 20 años se redujo de 21316 del 2010 a 17364 en el 2019.

De acuerdo a las cifras preliminares del Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) el número registrado de nacimientos de madres

menores de 20 años en el estado de Guanajuato para el año 2018 fue de 20,078 en comparación al 2019 donde se registraron 17,785 nacimientos de madres adolescentes lo que significativa una disminución de 2 mil 293 nacimientos. (Martinez, 2019)

Por lo tanto, es importante retomar una formación académica que cubra las necesidades de la paciente que se encuentra en atención de parto y cesárea. Es factible llevar a cabo la siguiente propuesta debido el aumento en la cifra de embarazos en la actualidad. Se pretende con ello contribuir a la mejora de la asistencia en relación al cuidado de la mujer gestante proporcionando un ambiente adecuado y tomando en cuenta las decisiones de la mujer para mejorando su salud reproductiva.

Marco Teórico

PROPUESTA DEL PROGRAMA PARTO RESPETADO EN EL HOSPITAL REGIONAL LEON.

Como el enfoque humanista, intercultural y seguro. Para las culturas prehispánicas, el nacimiento era visto como un proceso natural y poderoso que ofrecía una oportunidad única para el crecimiento emocional, espiritual y mental, tanto del bebé como de sus padres. De la misma manera, el nacimiento fue respetado por todas las culturas a lo largo de la historia de la humanidad. (pronatal, 2016)

A través del tiempo y con más énfasis a partir de la segunda mitad del siglo XX el parto fue perdiendo su espontaneidad y su magia. La sociedad médica fue tomando el control bajo a primicia de que el parto era peligroso y necesitaba de una constante intervención. Para evitar posibles demandas, a los médicos les resultaba más fácil tratar a todas las mujeres por igual, haciendo del parto un procedimiento estandarizado a seguir. La mujer fue cediendo su dominio, aceptando lo que el doctor decía como una verdad absoluta e incuestionable. Con la creación de medicamentos para aliviar el dolor, comenzaron a tratar a la mujer embarazada como enferma. Se tipificó al parto como un procedimiento molesto que la paciente debe ahorrarse y hasta se le atribuye la connotación de sufrimiento. (pronatal, 2016)

Ante el elevado número de intervenciones médicas que se llevan a cabo en la actualidad, pareciera que el cuerpo de la mujer moderna ha dejado de ser capaz de dar a luz de forma natural y humanizada. Ella se ha quedado fuera de la decisión de cómo vivir su parto, olvidando lo que quiere y necesita para tener la experiencia más saludable y placentera posible. Sin embargo, esto debe cambiar. La mujer debe volver a conectarse con su cuerpo para conocer y anunciarle al mundo su decisión de vivir un parto humanizado (NOM, 007 2016).

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

La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza (Ley General de Salud, 2016).

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

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 que permitan reducir las brechas de desigualdad entre mujeres y hombres (NOM 007, 2016).

El fortalecimiento de los servicios de salud y la mejora a la atención a las necesidades materno-perinatales ha permitido incorporar a la NOM 007 aspectos integrales de la atención a la mujer durante esa etapa y reducir riesgos de salud (NOM007,20016).

5.1.11 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución. (NOM007,20016).

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

Para la atención médica, en su caso. Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas. (NOM007,20016).

5.5 Atención del parto.

5.5.1 En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo. (NOM007,20016).

5.5.15 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. NOM007,20016).

Parto humanizado

El parto es uno de los eventos más importantes en la vida de las mujeres que deciden ser madres. Las mujeres embarazadas tienen derecho a recibir atención prenatal, a ser el pilar fundamental en todos los procesos que implica la maternidad y a participar activamente en ella. Por lo tanto, tiene que ser respetada en los aspectos sociales, emocionales, psicológicos y culturales que involucran toda la atención del parto.

El parto humanizado tiene como función principal priorizar los deseos y necesidades de las mujeres en este proceso. Se confía en ellas, se apoyan sus decisiones, se respeta su intimidad y no se les trata como un objeto de estudio médico si no al contrario se proporciona la información correspondiente des de antes del parto para su mejor entendimiento. Aunque todavía la atención del parto y la violencia obstétrica aún son una constante, sobre todo en países en desarrollo, cada vez se difunden más los derechos de las mujeres embarazadas.

Es aquí donde la humanización en el personal de enfermería entra como factor importante e imprescindible dentro de la atención a la paciente obstétrica, y la creación de un ambiente apropiado y humano donde los cuidados de enfermería se aplican de forma holística adecuándose a las posibilidades y el entorno.

Cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir atención prenatal apropiada. La mujer tiene un papel central en todos los aspectos de esta

atención, incluso participar en la planeación, realización y evaluación de la atención; y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos en la comprensión e instrumentación de la atención prenatal apropiada. (OMS, 2016)

Toda la comunidad debe ser informada sobre los diversos procedimientos que constituyen la atención del parto, a fin de que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que prefiera.

La OMS (2016) señala las acciones que el personal de salud debe proporcionar a la mujer en labor de parto así como el manejo del mismo:

1. Debe fomentarse la capacitación de obstétricas o matronas profesionales. Esta profesión deberá encargarse de la atención durante los embarazos y partos normales, así como del puerperio.
2. Debe darse a conocer entre el público servido por los hospitales información sobre las prácticas de los mismos en materia de partos (porcentaje de cesáreas, etc.)
3. No existe justificación en ninguna región geográfica para que más de un 10 al 15% de los partos sean por cesárea (el porcentaje actual de cesáreas en Estados Unidos se calcula aproximadamente en un 23%).
4. No existen pruebas de que se requiera cesárea después de una cesárea anterior transversa del segmento inferior. Por lo general, deben favorecerse los partos vaginales después de cesáreas, dondequiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia.
5. No existen pruebas de que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto normal tenga efectos positivos en el resultado del embarazo.

6. No está indicado el afeitado de la región púbica ni los enemas preparto.
7. Las embarazadas no deben ser colocadas en posición de litotomía (acostadas boca arriba) durante el trabajo de parto ni el parto. Se les debe animar a caminar durante el trabajo de parto y cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto.
8. No se justifica el uso rutinario de la episiotomía (incisión para ampliar la abertura vaginal).
9. No deben inducirse (iniciarse por medios artificiales) los partos por conveniencia. La inducción del trabajo de parto debe limitarse a determinadas indicaciones médicas. Ninguna región geográfica debe tener un índice de trabajos de parto inducidos mayor que el 10%.
10. Debe evitarse durante el parto, la administración por rutina de fármacos analgésicos o anestésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto.
11. No se justifica científicamente la ruptura temprana artificial de las membranas por rutina.
12. El neonato sano debe permanecer con la madre cuando así lo permite el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido sano justifica la separación de la madre.
13. Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de parto.
14. Deben identificarse las unidades de atención obstétrica que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos

emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento. Deben fomentarse las unidades de este tipo y los procedimientos que las han llevado a adoptar su actitud deben estudiarse, a fin de que sirvan de modelos para impulsar actitudes similares en otros centros e influir en las opiniones obstétricas en todo el país.

15. Los gobiernos deben considerar la elaboración de normas que permitan el uso de nuevas tecnologías de parto sólo después de una evaluación adecuada.

NOM-007-SSA2-1993, ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO.

OBJETIVO Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.

CAMPO DE APLICACIÓN Observancia obligatoria para todo el personal de salud de las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a las mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos

CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN Entre otras consideraciones establece:

5.1.3 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.

5.1.4 Las mujeres y los niños referidos por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad, deben ser atendidos con oportunidad en las unidades donde sean referidas.

5.4.1.2 Propiciar la deambulaci3n alternada con reposo en posici3n sentada y dec3bito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre. Se deber3 respetar sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicaci3n m3dica.

5.4.1.3 No emplear rutinariamente analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según criterio médico, previa información y autorización de la parturienta.

5.4.1.4 No aplicar de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el sólo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica. La norma institucional al respecto debe de aplicarse siempre.

5.4.1.6 Contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice, en relación con el total de nacimientos se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y de 20%, en los de tercer nivel. Las unidades de atención médica deben de aproximarse a esos valores.

5.4.1.7 Realizar sólo por indicación médica, y con el consentimiento de la mujer, el rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto. 5.4.1.8 La episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado que conozca la técnica de reparación adecuada. Su indicación deberá siempre por escrito e informar a la mujer.

5.7.1 Toda unidad médica de atención obstétrica deberá tener criterios y procedimientos para la protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

5.7.6 En las unidades médicas, no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.

La importancia de no intervenir en el proceso fisiológico es un hecho expuesto en estos relatos, dando voz a las mujeres nosotros contribuimos

a que el proceso del parto pueda ocurrir más naturalmente. (*Rangel da Silva, 2006)

Para las enfermeras obstetras los profesionales deben actuar solamente en la ayuda a las necesidades de la mujer y no intervenir directamente en la acción de la naturaleza durante el parto, dejando así de ser manipuladores del proceso ((*Rangel da Silva, 2006)

La humanización significa atender, estar al lado de ella, dar ayuda, atención psicológica, estar junto, agarrar la mano, hablar con ella, explicar cómo es el trabajo del parto, de modo que la paciente pueda dar a luz y no hacer el parto por ella, pero usted solamente ayudarle para tener el bebé ((*Rangel da Silva, 2006).

Según la política de Humanización del Parto y Nacimiento cuando se atiende a la mujer en el momento del parto no se debe intervenir en la naturaleza, dejando actuar su perfección y a la enfermera solamente contribuir (Odent ,2003).

Según Boff (1999) debemos mantener la privacidad de la mujer durante el trabajo de parto, previniendo estímulos externos como monitorización, luces, preguntas innecesarias, porque llevan la liberación de las neurohormonas que intervienen en el proceso natural del parto.

A fin de mejorar los servicios a la población materno-infantil, en algunas instituciones se han desarrollado normas y procedimientos para la atención en la materia, como es el caso del parto psicoprofiláctico, pero no tienen difusión generalizada ni un carácter uniforme, bien sea porque no son revisadas periódicamente o porque en algunos casos se adolece del conocimiento actualizado. Este tipo de prácticas en las unidades que han desarrollado su utilización y cuando la mujer lo solicite lo pueden llevar a cabo (NOM,007,20016).

Como puede verse, es necesario efectuar algunos 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 Norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención y señalará pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil, atribuible a la atención por parte de los prestadores de servicios y las instituciones (NOM,007,20016).

Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro.

Este modelo trata de reconocer que el nacimiento es un proceso natural con significados culturales y sociales, que en general no se toman en cuenta en la atención pública y privada, pero que son fundamentales para la calidad y la seguridad de la atención de las mujeres, por lo que la atención debe de caracterizarse por: concebir al embarazo, parto y puerperio como parte de un proceso fisiológico, natural y saludable; por tanto, la atención debe ser humanizada, segura, sin violencia y sin sobre medicalización, tomando en cuenta la cultura de la usuaria, basada en la mejor evidencia científica disponible, y debe reconocer y valorar la autonomía de las mujeres y su protagonismo durante el parto, así como garantizar sus derechos humanos.

COMPONENTES DEL MODELO

El presente modelo postula tres elementos como esenciales para la atención de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio:

Enfoque Humanizado. Parte de comprender que las mujeres deben de ser el sujeto protagonista de su embarazo, parto y puerperio, con la capacidad de tomar decisiones acerca de cómo, dónde y con quien parir, bajo la cobertura de los derechos humanos, persiguiendo el objetivo de que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial y placentero en condiciones de dignidad humana.

Enfoque Intercultural. Pretende identificar y erradicar las barreras culturales y de género que dificultan el acceso a los servicios de salud,

reconociendo la diversidad cultural existente entre las mujeres de nuestro país, con sus demandas y expectativas, así como por la propuesta de enriquecimiento de la atención del parto con elementos de la partería tradicional indígena, como de otros modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud no convencionales, todos los cuales fortalecen tanto los elementos técnicos, como los mismos procesos de humanización del parto.

Enfoque Seguro. Parte de reconocer a las mujeres como sujeto del derecho de recibir una atención médica basada en fundamentos científicos, y porque además de procurar condiciones de comodidad durante el parto, promueve también que estas se lleven a cabo en espacios confortables, con lo mejor de la atención des medicalizada, pero en condiciones de seguridad en coordinación y contigüidad con espacios resolutivos, en caso de que se presente una complicación de última hora.

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

Toma en cuenta, además, el enfoque de redes funcionales de flujo real en los servicios de salud, para garantizar la atención oportuna de las mujeres en trabajo de parto, posean o no complicaciones, bajo el lema de “cero rechazos

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

La Organización Mundial de la Salud refiere que son tres los elementos más importantes, con evidencias científicas, para mejorar el trabajo de parto y reducir los resultados adversos del nacimiento:

- a) El apoyo psicoemocional durante todo el trabajo de parto.

b) La posición vertical durante el trabajo de parto.

c) El apego madre-hijo/a irrestricto y la lactancia inmediata al nacimiento.

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.

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.



El parto en posición vertical

La posición vertical es aquella en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45° y 90° con respecto al plano horizontal. Las diferentes posiciones verticales (que involucran la gravedad), pueden ser:

- Sentada (Pueden utilizar mesa o banco obstétrico);
- Sentada acucillada. La cadera descansa en la cama obstétrica y las piernas se encuentran abiertas descansando sobre la misma.
- De rodillas (existe ya un banco ergonómico para facilitar esta posición)
- En cuclillas. Una versión es pegando los talones a los glúteos, con el peso hacia atrás (con la ayuda de preferencia de un cojín de parto o una persona para sostener la espalda). Otra es con los talones levantados y los glúteos más arriba, sostenida en una barra.
- Semidecúbito (tronco inclinado hacia atrás 45° con respecto a la vertical);
- Parada (Sostenida de otra persona o de un implemento: barra, rama, hamaca o cuerda).



Cuclillas



De rodillas



a sola

Las evidencias científicas y la presión social en Europa y otras partes del mundo, inclinaron a la OMS a pronunciarse por permitir y estimular el parto humanizado con posiciones verticales. También por facilitar a las mujeres a tomar decisiones acerca de su cuidado, el acompañamiento de una persona si lo requiere, así como el que los servicios requieren ser sensibles a las necesidades culturales y las expectativas de las mujeres y sus familias, respetando su privacidad y dignidad en todo momento durante el embarazo, el parto y el post parto.

Ventajas de la posición vertical:

- Efectos respiratorios: El peso del útero, feto, placenta, líquido amniótico y sangre, favorecen que la matriz descienda y no se ejerza presión sobre los pulmones. Esto aumenta la capacidad respiratoria y por consiguiente la oxigenación de la mujer y el bebé. El respirar con menor resistencia, también ayuda a la relajación de la mujer que ya no siente inquietud por que no puede respirar bien.
- Efectos mecánicos y de la gravedad: La acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorece el encaje y descenso del feto, estimándose que la mujer gana entre 30 a 40 milímetros de mercurio en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Esta postura también

favorece un mejor acomodamiento del feto para su paso a través de la pelvis ("ángulo de dirección"). Una vez iniciado el trabajo de parto la inspiración profunda que realiza la mujer hace descender el diafragma, lo cual se complementa con la acción contráctil de la prensa abdominal: entre ambas acciones se impulsa al bebe hacia la abertura vulvar, como única salida. El bebe, una vez iniciado su descenso, estimulado por las contracciones uterinas y por su propio peso, no puede retroceder. Las curvaturas de la columna forman parte de este mecanismo. Se cuenta con evidencia radiológica de mayores diámetros pélvicos de salida, antero-posterior y transversal, lo que da lugar a un aumento de la superficie total de salida al asumir las posiciones en cuclillas y de rodillas. Hay aumento de los diámetros del canal de parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 cm. en el transversal. El modelaje cefálico fetal es menor. La posición vertical determina que el ángulo de encaje ("dive angle") sea menos agudo (más abierto) favoreciendo el encaje y la progresión del bebé. Los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo que facilita el mecanismo del pujo.

- Efectos musculares. Insertos en la articulación pubiana (en las ramas descendentes del pubis, en la parte interior de la ingle, y muy cerca de la parte interior de la rodilla), se encuentran los músculos abductores. Antiguamente se los llamaba custodes virginitates, custodios de la virginidad, puesto que en el medioevo se sostenía que ante el riesgo de una violación, si una mujer cruzaba fuertemente los muslos (donde se encuentran los abductores) no podría ser penetrada. Esta musculatura no tiene a su cargo impedir violaciones, sino colaborar en apertura de la sínfisis pubiana, es decir, ayudar a abrir el canal vaginal y la vulva (junto con la impregnación de las hormonas relajantes que produce la mujer) para permitir el egreso del cuerpo del bebe. Para llevar a cabo esta acción, es necesario que la mujer en trabajo de parto esté sentada o en cuclillas, de manera que los músculos se tensen y ejerzan su fuerza sobre la zona que debe abrirse; cuando la mujer está acostada se anula la acción fisiológica de esta musculatura. Acostarla implica privarla de un instrumento clave para parir.

- Disminución de los riesgos de compresión aorto-cava y mejoría de los resultados ácido base en los recién nacidos. Con ello se previene la aparición de dos cuadros que pueden originar sufrimiento fetal, ambos relacionados con la posición de decúbito dorsal de la mujer embarazada: síndrome supino-hipotensivo (producido por la compresión de la cava inferior por el útero grávido) y el efecto Poseiro (causado por la compresión de la aorta abdominal y/o arterias ilíacas internas contra la columna vertebral por el útero contraído).
- Eficiencia de la combinación matriz - prensa abdominal. Se establece una sinergia entre las contracciones uterinas más fuertes y eficientes que la posición vertical estimula con el esfuerzo del diafragma y músculos abdominales durante el pujo. Esto implica también menor uso de la oxitocina y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardiacos fetales.
- Disminuye de la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo.
 - La amniorrexis espontánea se produce más tardíamente. La integralidad de la bolsa disminuye las posibilidades de riesgo para el bebé y además le permite adaptarse mejor al canal del parto.
 - La terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros. Las complicaciones del alumbramiento son menos frecuentes.
 - La posición vertical disminuye la posibilidad de prolapso de cordón, pues no deja hueco entre la cabeza y el cuello. Además, se elimina la posibilidad de que se produzca un vacío que absorba el cordón, puesto que la presión uterina y la fuerza de gravedad no dejan que la cabeza del bebé regrese al terminar la contracción.
 - Se proporcionan beneficios psicoafectivos importantes a la mujer, como la reducción del dolor 75, sensación de libertad, de control, de participación, y de mayor satisfacción durante y después del parto.

- Cuando el cuerpo se encuentra en vertical reproduce el esquema corporal que adquirió durante la niñez para realizar las funciones expulsivas de defecar y orinar, es decir, reproduce el modelo original y pone en marcha la memoria de funciones biológicas. De este modo la vagina adquiere identidad propia, como canal expulsivo, y se diferencia de la vagina en coito como receptáculo activo del pene.
- En la actualidad se cuenta con múltiples estudios sobre el impacto de la posición convencional horizontal, como el de diferentes variedades del parto vertical en la atención del parto, tanto en México, como en todo el mundo. Los análisis que actualmente cobran mayor relevancia a nivel mundial son los elaborados por la organización internacional “Colaboración Cochrane” que está dedicada a evaluar las intervenciones médicas para valorar si cuentan con evidencia científica.

Dada la exigencia del proceso definido por los rigurosos criterios establecidos, el CENETEC invitó a participar a la empresa Rochester-México, considerando un proceso intercultural participativo con muchos otros actores que duró más de dos años, elaborando diferentes prototipos que llenaran las expectativas y criterios, hasta que se llegó a un producto que cumplió con los criterios definidos. Éste primer producto, fue la mesa obstétrica para facilitar la atención en posición vertical por personal médico de hospitales y centros de salud.

Similar en altura y dimensiones a una mesa convencional, facilita el péndulo en el trabajo de parto, permite la participación de un/a acompañante que brinde soporte físico y emocional, y posibilita a la mujer tomar con autonomía diferentes posiciones verticales, sentada, en cuclillas o hincada. Se le llama: “Mesa obstétrica para la atención del parto humanizado intercultural en posición vertical”.

Cuenta con lo siguiente:

- Pierneras opcionales para facilitar la revisión de la cavidad uterina o la aplicación de fórceps si el caso lo requiriera.

- Dos soportes para los pies para que la mujer cuente con puntos de apoyo en la posición sentada, que permiten diferentes alturas y ángulos de posición.
- Un marco metálico cromado para facilitar el que la mujer pueda sujetarse tanto de la parte superior, como lateral y contar con puntos de apoyo que le permiten pujar y expandir la cavidad torácica. Permite también que la mujer en trabajo de parto pueda realizar ejercicios de péndulo que permiten facilitar el trabajo de parto y disminuir el dolor. El material facilita su limpieza.
- Un sostén individual para la espalda de la mujer que se levanta en caso de que se atienda sola, y se puede abatir convirtiéndose en asiento para su pareja, familiar o acompañante del parto, para brindar sostén físico y emocional.
- Un sostén trasero que se puede levantar y proporcionar apoyo a la pareja que acompaña el trabajo de parto, que también se puede ajustar para que la mujer descanse en el postparto inmediato y continúe con la lactancia y apego del recién nacido.
- Dos soportes laterales para los pies del acompañante.
- Un segmento distal que se puede quitar para facilitar la atención del parto y volver a colocar para facilitar el descanso de los pies terminando el mismo.
- Dos segmentos laterales que se desprenden para facilitar la participación del familiar y se colocan para propiciar el descanso postparto.
- Una charola en la parte trasera que permite el guardado de los diferentes implementos.
- Cojines desprendibles en vinilo lavable con cierre oculto, que permite su sanitización.
- En las versiones recientes cuenta con ruedas para facilitar su desplazamiento.
- Sistema de frenos para facilitar fijar su posición.

El contacto madre-hijo/a piel a piel irrestricto y la lactancia inmediata al nacimiento.

Desde 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 Kenell⁹⁰, del gineco-obstetra e investigador francés Michel Odent⁹. ⁹² y del médico David Chamberlain. 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 cardiacos de la madre por el/la bebé, y los aportes de la lactancia temprana y del retraso en el corte del cordón umbilical.

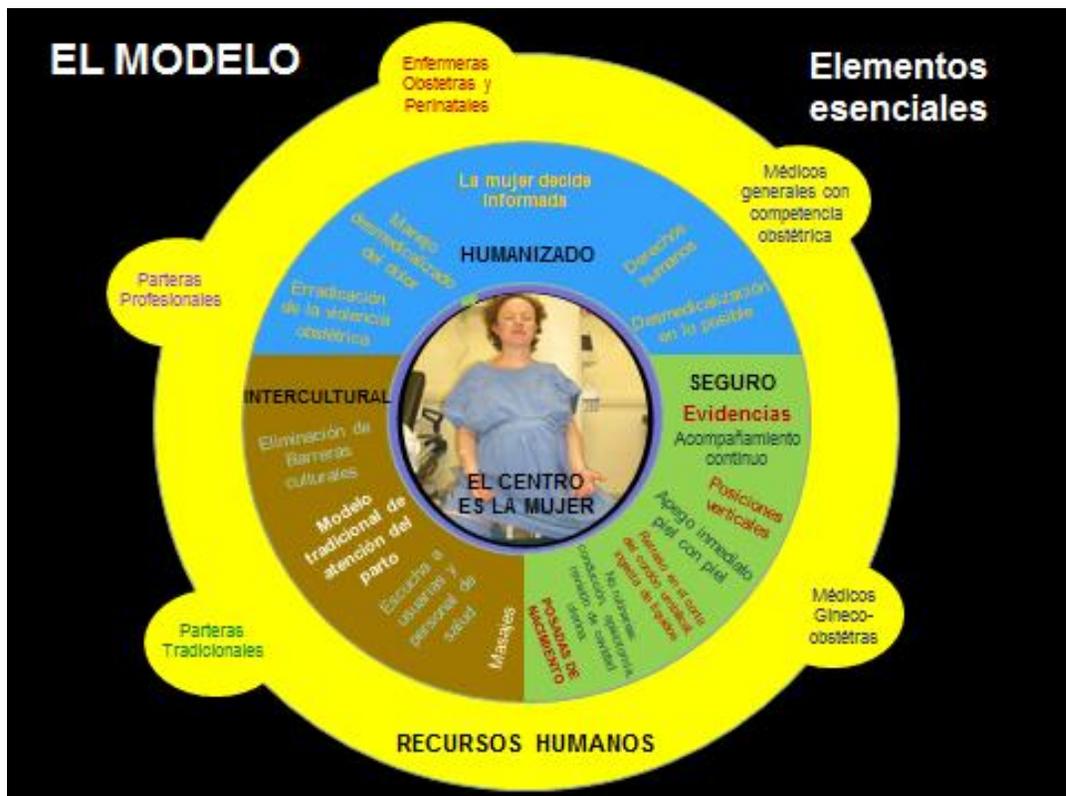
beneficios de la lactancia para la salud y el bienestar de la madre y el neonato están bien documentados. La OMS recomienda el inicio temprano de la lactancia (es decir, en la primera hora de vida). Según estudio clínico reciente, el inicio temprano de la lactancia puede reducir la mortalidad neonatal en un 22%¹⁰¹, lo que contribuiría al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.



Orientación sobre inicio temprano de la lactancia.



Apego inmediato.



Atención del embarazo

Acción 1.

Conoce y aplica los cuidados generales durante el embarazo.

- Se presenta y dirige a la mujer, siempre de manera respetuosa, cálida, compasiva y mirándola a los ojos.
- Explica de forma clara y sencilla los procedimientos que se le van a llevar a cabo, con el fin de disminuir miedos y ansiedad. Si la mujer es hablante de una lengua indígena y no habla español, busca el apoyo de un traductor.
- Identifica las molestias que presenta una mujer embarazada de manera general, diferenciando las que pueden ser normales, de las que pueden ser síntomas de algún problema o riesgo e Identifica y recomendar los

elementos fundamentales para el cuidado general de una mujer embarazada.

- Evalúa factores de riesgo psicosociales potenciales que puedan influir en la mujer y su familia
- Identifica y recomendar la higiene y alimentación durante el embarazo.
- Calcula la fecha probable de parto.
- Revisa las mamas para detección oportuna de displasia.

La persona responsable se comportará:

- Con actitud receptiva y de observación a las condiciones generales de la mujer y su entorno.
- Con respeto al pudor, intimidad y cultura de cada mujer.
- Con actitud de escucha a las necesidades emocionales y expectativas de cada mujer, brindando la información adecuada.
- Verificando la comprensión mutua de las explicaciones y recomendaciones.
- Involucrando a la pareja o/y familia en la preparación y participación con respecto al embarazo, parto y cuidados.

Acción 2.

Realiza el cuidado de la salud de la mujer y el de la niña o niño durante el primer trimestre del embarazo (semanas 1 a 12).

- Se debe realizar una revisión general de la mujer embarazada de acuerdo a esta se Integra la historia de salud de la mujer preguntando todos los elementos que la conforman, integrando su expediente clínico completo.
- Informa a la mujer los procedimientos que se llevan a realizar en el primer trimestre para reconocer su estado de salud y del feto (incluyendo exámenes de laboratorio y gabinete).

- Realiza un examen físico a la mujer, palpando con ambas manos: la cabeza, cara, mamas, abdomen, pies, piernas y manos, enfocado en la condición que presenta la mujer.
- Realiza una pelvimetría clínica.
- Interpreta pruebas básicas de laboratorio (ej., embarazo, hematocrito, grupo de sangre y RH, VDRL, VIH, análisis de orina con tira reactiva por proteinuria y glucosuria, tamiz de glucosa).
- Toma signos vitales: (pregunta la presión en embarazos previos).
- Reconoce la situación sociocultural de la mujer embarazada.
- Identifica riesgos y señales de alarma del embarazo en el primer trimestre.
- Identifica las complicaciones del primer trimestre del embarazo y sabe quehacer ante ellas.
- Detecta mujeres en situación de amenaza de aborto o aborto en sus diversas formas, define las acciones a seguir, y las refiere oportunamente.
- Detecta y trata la hiperemesis gravídica, diferenciando de un embarazo gemelar a una mola y un embarazo ectópico.
- Determina si se debe referir a la mujer de acuerdo a su estado de salud.
- Explica a la mujer su estado de salud, especificando el origen de los síntomas señalados e informando sobre la existencia de señales de alarma.
- Indica a la mujer los cuidados de salud que debe seguir durante la gestación de acuerdo a las condiciones de salud identificadas.
- Orienta a la mujer sobre el autocuidado de su salud y el de la niña o niño, durante el primer trimestre de la gestación, indicando mejoras que deba realizar en su alimentación, como prevención a riesgos.

La persona responsable se comportará:

- Indicando su nombre y explicando el motivo de la entrevista y revisión.

- Dirigiéndose de manera afable y cortés con la mujer durante las entrevistas, de forma no discriminatoria y culturalmente apropiada.
- Procurando que la mujer se sienta cómoda durante las revisiones.
- Con mucho respeto al pudor y cultura de cada mujer, sea cual sea su condición social, estado civil, origen étnico, creencia religiosa y orientación sexual.
- Con escucha a las necesidades emocionales y expectativas de cada mujer.
- Evitando enjuiciar a la mujer por sus respuestas durante las entrevistas.
- Explicando con detalle los pasos a realizar, así como las recomendaciones.
- Verificando la comprensión mutua de las explicaciones y recomendaciones.
- Involucrando a la pareja o/y familia en la preparación del embarazo, parto y cuidados.
- Manteniendo la confidencialidad de toda la información facilitada por la mujer.

Acción 3.

Realiza el cuidado de la salud de la mujer y el de la niña o niño de la gestación, durante el segundo trimestre del embarazo (semanas 13 a 28).

- Reconoce de manera general el estado de salud de la mujer y de la niña o niño de la gestación durante el segundo trimestre del embarazo.
- Identifica la situación del bebé palpando el abdomen de la mujer.
- Identifica el foco fetal y verifica que la frecuencia cardiaca de la niña o niño sea normal, escuchando los latidos de su corazón en el vientre de la mujer.

- Orienta a la mujer sobre el cuidado de su salud y el de la niña o niño, durante el segundo trimestre de la gestación.
- Recomienda o/y aplica los masajes indicados para el segundo trimestre del embarazo.
- Solicita o actualiza exámenes básicos de laboratorio. Tamiz de diabetes gestacional.
- Identifica riesgos y señales de alarma del embarazo en el segundo trimestre.
- Identifica las complicaciones del segundo trimestre del embarazo y sabe quehacer ante ellas.
- Explica a la mujer su estado de salud, indicando las condiciones de salud que se identificaron.
- Indica a la mujer los cuidados de salud que debe seguir durante la gestación de acuerdo a las condiciones de salud identificadas.
- Realiza con la mujer y su pareja o familiar que la acompaña un plan de parto de acuerdo a la visión y necesidades de la mujer, el contexto comunitario y su estado de salud. La persona responsable se comportará:
 - Dirigiéndose de manera afable y cortés a la mujer durante las entrevistas.
 - Procurando que la mujer se sienta cómoda durante las revisiones.
 - Con mucho respeto al pudor y cultura de cada mujer.
 - Con escucha a las necesidades emocionales y expectativas de cada mujer.
 - Explicando con detalle los pasos a realizar, así como las recomendaciones.
 - Verificando la comprensión mutua de las explicaciones y recomendaciones.

- Involucrando a la pareja o/y familia en la preparación del embarazo, parto y cuidados.

Acción 4.

Realiza el cuidado de la salud de la mujer y el de la niña o niño durante el tercer trimestre de la gestación (semanas 29 a 41).

- Hace una revisión general y reconocer de manera general el estado de salud de la mujer y de la niña o niño durante el tercer trimestre de la gestación.
 - Realiza una exploración abdominal completa, incluyendo la medición de la altura del fondo uterino, identificando la posición y presentación del bebé, a través de las maniobras de Leopold
 - Identifica y valora el foco fetal.
 - Evalúa la relación entre nutrición materna y crecimiento fetal.
 - Recomienda o/y aplica los masajes indicados para el tercer trimestre del embarazo.
 - Orienta a la mujer sobre el cuidado de su salud y el de la niña o niño, durante el tercer trimestre de la gestación.
 - Revisa y actualiza con la pareja o familiar que la acompaña, el Plan de Parto creado por los tres, en base a las características específicas de la mujer, su entorno y su estado de salud.
 - Identifica riesgos y señales de alarma en el tercer trimestre del embarazo.
 - Identifica las complicaciones del tercer trimestre del embarazo y sabe quehacer ante ellas.
 - Identifica algunas estrategias para modificar las anomalías en la posición fetal y propone estrategias para su manejo en conjunto con el médico.
 - Instruye a la embarazada en el reconocimiento de los signos de trabajo de parto verdadero.

- Explica a la mujer su estado de salud, especificando el origen de los síntomas señalados e informando sobre la existencia de señales de alarma.
- Indica a la mujer los cuidados de salud que debe seguir durante la gestación de acuerdo a las condiciones de salud identificadas.

La persona responsable se comportará:

- Con mucho respeto al pudor y cultura de cada mujer.
- Con escucha a las necesidades emocionales y expectativas de cada mujer.
- Explicando con detalle los pasos a realizar, así como las recomendaciones.
- Verificando la comprensión mutua de las explicaciones y recomendaciones.
- Involucrando a la pareja o/y familia en la preparación del embarazo, parto y cuidados.

Atención del parto

Acción 5.

- Prepara todos los elementos requeridos para la atención del parto.

- Prepara o verifica con antelación el área de trabajo y material para la atención del nacimiento de la niña o niño.
 - Verifica que la unidad cuente con el equipo y los medicamentos necesarios, incluyendo la caja roja (para hemorragia) y la caja guinda (para pre eclampsia/eclampsia).
 - Prepara o verifica el espacio de atención en términos de higiene, funcionalidad, iluminación y ambientación, tomando en cuenta a la mujer y su pareja.

- Acondiciona dicho espacio para que sea cálido, controlando la temperatura ambiental y elimina las corrientes de aire. Si se cuenta con cuna de calor radiante, se enciende anticipadamente al periodo expulsivo.
- Lleva a cabo los procesos de higiene requeridos.
- Acomoda o asegura que los materiales y utensilios a utilizar durante el parto se encuentren manera ordenada y funcional, cerca del lugar de atención a la mujer.
- Revisa y confirma el plan de parto.
- Define el papel del acompañamiento de un familiar en el trabajo de parto, preparando su participación, socializando algunas técnicas de masaje, tomando en cuenta la decisión de la mujer.
- Brinda orientación, consejería y recaba el consentimiento informado.
- Indica y aplica los medicamentos requeridos cuando sea necesario.
- De contar con la mesa para atención humanizada intercultural en posición vertical diseñada entre la DGPLADES y el CENETEC, se prepara de antemano, colocando el marco tubular en una altura media, retirando los dos soportes laterales y el segmento distal en el extremo anterior para dejarla lista para el parto. En caso de tener las pierneras puestas, se retiran, dado que solamente se utilizan para realizar episiotomías, episiorrafias y revisiones de cavidad, sólo cuando están indicadas.
- Si se cuenta con el banco obstétrico ergonómico se coloca también para que la mujer escoja como prefiere atenderse de su parto o para poderlo utilizar en el manejo del trabajo de parto.
- Se define el personal institucional que va a realizar el acompañamiento psicoafectivo durante el trabajo de parto.

La persona responsable se comportará:

- Con concentración, meticulosidad, orden e higiene.

- Dando explicaciones claras si se requieren sobre los procedimientos a realizar.
- Involucrando a la pareja o familiar.
- Respetando la privacidad de las mujeres y su dignidad en todo momento.
- Involucrando a la pareja o/y familia en la preparación del embarazo, parto y cuidados.

Acción 6.

- Atiende a la mujer y a la niña o niño durante la primera etapa del parto.

- Se presenta y dirige a la mujer, siempre de manera respetuosa, cálida, compasiva y mirándola a los ojos.
- Explica de forma clara y sencilla los procedimientos que se le van a llevar a cabo, con el fin de disminuir miedos y ansiedad. Si la mujer es hablante de una lengua indígena y no habla español, busca el apoyo de un traductor.
- Estimula la presencia de una persona que la mujer elija para que la acompañe durante el trabajo de parto y el parto, indicándole cuál es su papel en el acompañamiento de su pareja en el trabajo de parto. Esto le brinda seguridad, reduce el tiempo de trabajo de parto y aumenta la satisfacción de la usuaria.
- Realiza completamente la historia clínica. Incluyendo interrogatorio y exploración física, señalándolo por escrito en el expediente clínico, así como el llenado completo del partograma (este es un instrumento valioso que monitorea el progreso del trabajo de parto y ayuda a determinar su evolución).
- Prepara a la mujer, proporcionándole la bata humanizada para facilitar el apego inmediato, así como los calentadores y los zapatos de tela, si se cuenta con ellos.

- Permite que la mujer lleve elementos de protección como hilos rojos y amuletos, cuidando su higiene y seguridad.
- Controla los signos vitales cada 4 horas, Incluyendo temperatura, pulso, presión arterial y frecuencia respiratoria. Identifica cambios en la presión arterial.
- Brinda o asegura el acompañamiento psicoemocional durante toda esta etapa de trabajo de parto. Acompañar a la mujer en todo momento ayuda a disminuir el temor y el dolor, identificar la presencia de complicaciones y brindar una atención oportuna.
- Identifica el inicio del trabajo de parto, evaluando los diferentes signos y síntomas, informándose de la expulsión del tapón mucoso, salida de líquido por los genitales y preguntando desde cuándo y cada cuanto tiempo presenta contracciones uterinas.
- El rasurado de la mujer (tricotomía) y la aplicación de enemas, solo la realiza bajo indicación médica en preparación de cirugías específicas y no de manera rutinaria en la atención del parto.
- Realiza la inducción del trabajo de parto sólo en complicaciones potenciales como embarazo prolongado de más de 41 semanas de gestación, ruptura prematura de membranas, muerte fetal intrauterina, de acuerdo a lo establecido en la NORMA Oficial Mexicana NOM-007 y en la Guía de Práctica Clínica correspondiente. Este procedimiento debe tener siempre una justificación por escrito.
- Diagnostica la ruptura de membranas.
- Reconoce el estado de salud de la mujer y de la niña o niño durante la primera etapa del parto.
- Evalúa el progreso de trabajo de parto mediante la dilatación cervical y el descenso de la presentación cada 4 horas. Realiza el mínimo de tactos vaginales tactos vaginales, en condiciones de privacidad y sólo para valorar el avance del trabajo de parto si hubiera indicaciones al respecto,

explicándole a la mujer el procedimiento a realizar, de manera de que no se produzca tensión emocional. Debe realizarse preferentemente por la misma persona.

- Realiza un examen pélvico completo y preciso de la dilatación, descenso, presentación, posición, estado de las membranas para un nacimiento del bebé por vía vaginal.

- Identifica el estado emocional de la mujer y se conduce de manera respetuosa con apoyo emocional.

- Orienta a la mujer sobre el proceso de nacimiento.

- Explica a la mujer las diferentes posiciones que puede elegir durante el trabajo de parto y el momento del nacimiento, explicando cómo puede utilizar los implementos (mesas y bancos obstétricos).

- Localiza e identifica el foco fetal en posición sentada o decúbito lateral izquierdo para evitar el efecto Poseiro y síndrome de vena cava, (preferentemente después de la contracción y la actividad uterina), diferenciando las anomalías en el mismo y evaluando la condición fetal como mínimo cada 30 minutos en esta etapa, si no existen factores de riesgo como meconio, hipertensión, o alteraciones en la frecuencia cardíaca normal.

- Vigila que esté presente el movimiento fetal, enseñando a la mujer a identificarlo.

- Identifica de inmediato los patrones anormales del trabajo de parto e inicia oportunamente intervenciones apropiadas o procede a la derivación de la mujer.

- Permite que la mujer se acomode en la posición que le sea más cómoda.

- Acompaña a la mujer en la deambulación y penduleo, instruyendo sobre el mismo. La deambulación y la adopción de posiciones agiliza la progresión del trabajo de parto. Para favorecer la deambulación, se utilizan los zapatos

de tela para que no se le enfríen los pies, siempre bajo la atenta mirada de la persona responsable.

- Favorece la pendulación con la pelota kinésica si se cuenta con ella, para favorecer el descenso del producto.
- Evita canalizar a la mujer de manera rutinaria y obligatoria (venoclísis), para con ello facilitar su deambulación y movilidad. Aplicará la venoclísis sólo cuando se identifiquen factores de riesgo. De manera opcional se podrá utilizar un catéter heparinizado para mantener la vena permeable.
- Evalúa las necesidades de hidratación y promueve la ingesta de líquidos claros a libre demanda.
- Apoya el manejo de la respiración y relajación, de preferencia con técnicas psicoprofilácticas.
- Aplica o indica los masajes para el primer estadio del trabajo de parto (para disminuir el dolor provocado por las contracturas musculares derivadas del movimiento coxis-sacro).
- Vigila que la mujer orine por lo menos cada 2 horas. En caso de que no orine, valora la aplicación de sonda uretral.
- Se asegura que la mujer descanse entre las contracciones y cambie de posición.
- Apoya el manejo del dolor con diferentes estrategias (relajación, respiración, agua caliente, masaje, digitopresión en palma de las manos y planta de los pies).
- Identifica el grado de las complicaciones de la primera etapa del parto, eligiendo las intervenciones apropiadas o su transferencia.
- Cuando sea necesario, realiza la amniotomía en condiciones de seguridad.

- Evita la dilatación cervical manual ya que es muy molesto y doloroso para la mujer, favoreciendo la edematización y predisponiendo a desgarros.

La persona responsable se comportará:

- Con sensibilidad a las necesidades y expectativas de las mujeres y sus familias.
 - Respetando la privacidad y pudor de las mujeres, así como a su cultura y dignidad en todo momento.
- Con empatía de acuerdo al estado emocional de la mujer.
- Reconociendo que el parto es de la mujer y que su papel es sólo acompañar y facilitar el proceso de nacimiento de forma segura y humana.
- Con escucha a las necesidades emocionales y expectativas de cada mujer.
 - Explicando con detalle los pasos a realizar, así como las recomendaciones.
 - Con serenidad, asertividad y aplomo en el manejo de las emergencias.
- Evitando que se expresen en el espacio de atención, por la misma persona o por una tercera, frases humillantes, maltrato, infantilización, intimidación, regaños y violencia de cualquier tipo.

Acción 7.

- Atiende a la mujer y a la niña o niño durante la segunda etapa del parto.

- Se cuida de no dar exceso de instrucciones en esta etapa del trabajo de parto.
- Procura que el ambiente del espacio de atención del parto sea acogedor y cálido, con temperatura de 25° C, con luz tenue, privacidad y silencio.

- Facilita la toma de decisiones atendiendo las condiciones sociales y culturales de la mujer.
- Registra el pulso, tensión arterial y temperatura de la madre considerando la evolución clínica. • Ausculta el latido cardiaco fetal cada 15 minutos en posición semisentada o decúbito lateral izquierdo y lo registra en el partograma.
- Realiza tactos vaginales en condiciones de privacidad y sólo para valorar el avance del trabajo de parto si hubiera indicaciones al respecto, explicándole a la mujer el procedimiento a realizar, de manera de que no se produzca tensión emocional.
- Maneja el dolor del parto utilizando métodos no farmacológicos.
- Apoya el manejo de la respiración y relajación, de preferencia con técnicas psicoprofilácticas.
- Sólo indica medicamentos cuando exista una razón válida señalándola por escrito.
- Aplica o indica los masajes para el segundo estadio del trabajo de parto.
- Evalúa las necesidades de hidratación y promueve la ingesta de líquidos claros a libre demanda.
- Propone a la mujer que orine de forma voluntaria y natural evitando el sondeo vesical de rutina.
- Observa detenidamente los movimientos y expresiones de la mujer (deseo de evacuar, pujar, más dolor, intranquila, color del rostro, etc.). Esto le indica que el bebé está a punto de nacer.
- Realiza las acciones de asepsia y antisepsia requeridas.
- Orienta a la mujer acerca de que el momento adecuado para pujar es cuando la dilatación cervical es completa (10 cm.)
- Utiliza el equipo para la atención del parto de manera adecuada.

- Pregunta a la mujer si se siente cómoda en su actual posición. En caso contrario, proponle que cambie a una más cómoda, por ejemplo, en cuatro puntos, semisentada, en decúbito lateral, sentada, hincada, en cuclillas etc. Considera el uso de la mesa o banco obstétrico para ello y conoce su forma de utilización.
- Atiende el parto en la posición vertical que la mujer haya elegido para su mayor comodidad y salud para ella y el niño o niña.
 - En el caso de que la mujer solicite la posición horizontal, sabe aplicarla de manera que se limite el efecto Poseiro.
 - Valora el periné y vagina para definir la necesidad de aplicar episiotomía y no aplicarla de rutina. Solo si es necesario, realiza una episiotomía de forma selectiva (10 a 15% de los partos) únicamente en aquellos casos en los que el perineo sea demasiado corto y esté sujeto a tensión con riesgo de desgarró severo con consentimiento informado y bajo anestesia perineal. En casos de distocias de hombros que requieran maniobras internas de liberación.
 - Administra anestesia local al periné cuando se indica una episiotomía o si se requiere una reparación perineal.
 - Nunca realiza la maniobra de Kristeller (presión sobre el útero). En su lugar puede y sabe aplicar la maniobra para favorecer la prensa abdominal enseñada por parteras tradicionales, colocando una sábana o rebozo en la espalda de la mujer y jalando hacia el frente durante las contracciones con ambas manos desde sus extremos.
 - Realiza maniobras manuales apropiadas para un parto de vértice cuando es necesario, facilitando la salida de la niña o niño durante el nacimiento.
 - Protege adecuadamente el periné de acuerdo a las evidencias científicas, de preferencia con compresas calientes.
 - Cuando la cabeza del bebé está coronando, contiene su descenso de forma gentil y lenta con una mano, direccionándola ligeramente hacia arriba,

para que el desprendimiento no sea brusco y no se aumente el riesgo de laceraciones (maniobra de Ritgen modificada).

- Una vez que emerge la cabeza evalúa la presencia de circulares de cordón desenrollándolo o cortándolo para liberar su cuello, utilizando las maniobras requeridas.
- Permite la rotación natural de la cabeza del bebé.
- Tracciona gentilmente la cabeza del bebé para liberar el hombro anterior, en dirección opuesta al pubis, independientemente de la posición de la madre.
- Naciendo el bebé, se asegura de que se abra la parte superior de la bata humanizada (de contar con ella), para favorecer el apego inmediato.
- Atiende de manera inmediata al recién nacido, asegurando de favorecer el contacto inmediato piel a piel madre-hijo/a, colocándolo/a sobre el abdomen o pecho de la madre, boca abajo a horcajadas para facilitar la toma del pezón, secándolo/a para que regule su temperatura.
- Promueve y mantiene la temperatura normal del recién nacido colocando un gorro o campo seco en la cabeza del bebé para minimizar la pérdida del calor y lo abriga sobre el pecho y vientre de la madre, cubriéndolo con un lienzo limpio y seco, de manera que no se interrumpa el contacto piel a piel, controlando la temperatura del entorno.
- Extrae el exceso de secreciones de boca y nariz con una perilla cuando se requiera.
- Evita técnicas agresivas para estimular el llanto del recién nacido.
- Reconoce el estado de salud de la niña o niño después del nacimiento, brindando los cuidados necesarios sobre el vientre de su madre, verificando que respire vigorosamente.
- Evalúa de inmediato la condición del recién nacido con el sistema de puntuación APGAR sobre el vientre de su madre (al minuto y 5 minutos)

- Facilita el apego inmediato al nacimiento apoyando la toma del pezón de parte del niño o niña, animando a que la madre participe, por un mínimo de 40 minutos (lo ideal es de una a dos horas).
- Corta el cordón umbilical sin prisas, colocando una pinza Kocher en el cordón umbilical a nivel de la horquilla vulvar, esperando de uno a tres minutos a que hayan cesado las pulsaciones del mismo, o hasta que se regularice su respiración, mientras el (la) bebé se encuentra con su madre.
- Seca el cordón umbilical ya cortado.
- Provee un entorno seguro y tranquilo para la madre y el infante a fin de estimular la relación madre/hijo (crear lazos afectivos).
- Los procedimientos de atención del recién nacido como: somatometría, aplicación de colirios, tamiz, etc., se realizan una vez cumplido el apego temprano.
- Identifica las complicaciones de la segunda etapa del parto, tanto de la mujer como del recién nacido y saber quehacer ante ellas.
- En caso de emergencia del bebé, inicia medidas para insuficiencia respiratoria (maniobra de reanimación del recién nacido), hipotermia o hipoglucemia.

La persona responsable se comportará:

- Respetando la privacidad y pudor de las mujeres, así como su cultura y dignidad en todo momento.
- Con escucha y empatía de acuerdo al estado emocional de la mujer.
- Reconociendo que el parto es de la mujer y que su papel es sólo acompañar y facilitar el proceso de nacimiento de forma segura y humana.
- Respetando las expresiones emocionales de las mujeres.
- Apoyando a la mujer en el establecimiento del primer contacto con el recién nacido.

- Brindando un entorno tranquilo, cómodo y seguro para la madre y el infante.
- Evitando que se expresen en el espacio de atención, por la misma persona o por una tercera, frases humillantes, maltrato, infantilización, intimidación, regaños y violencia de cualquier tipo.

Acción 8.

- Atiende a la mujer y a la niña o niño durante la tercera etapa del parto.

- Inicia el manejo activo del alumbramiento, aplicando 10u IM o IV de oxitocina, una vez que haya salido el hombro anterior o la totalidad del recién nacido.
- Determina el momento en que se va a expulsar la placenta verificando la salida de un chorro de sangre por los genitales de la mujer y por el alargamiento del cordón umbilical y el cambio de forma del útero.
- Promueve la salida de la placenta o alumbramiento, con la estimulación del pezón por medio de la lactancia materna inmediata o la autoestimulación de parte de la mujer. Esto favorece la producción de oxitocina natural.
- Recibe correctamente la salida de la placenta sin prisas, con una tracción sostenida suave del cordón, pero sin jalarlo.
- Recibe y revisa la placenta tomándola con ambas manos, asegurándose que la placenta y membranas se encuentran íntegras y sin patologías.
- Evita el realizar revisión manual de cavidad endouterina si los cotiledones de la placenta y membranas están completas. Esto puede condicionar infecciones puerperales, laceraciones del canal del parto y mucho dolor a la mujer.
- Indica y realiza sólo cuando se requiere, la revisión de cavidad uterina de acuerdo a los signos de retención de tejido placentario y membranas, siempre bajo anestesia y nunca en forma rutinaria. Este procedimiento debe tener siempre una justificación por escrito.

- Realiza la extracción manual de la placenta cuando se requiere, en los mismos términos que el enunciado anterior.
- Revisa el conducto vaginal, determinando si hay hematomas, laceraciones y desgarros (y su grado) en el periné y canal del parto de la mujer.
- Reconoce las laceraciones o los cortes menores en el periné que no requieren sutura.
- Realiza una sutura (episiorrafia) en las lesiones de primer y segundo grado.
- Atiende o refiere a las pacientes con desgarros de 3º y 4º grado, verificando que no lleven sangrado activo, o con maniobras de compresión.
- Después de revisar el conducto vaginal y verificar que los signos vitales de la mujer sean normales, se realizan los cuidados del bebé sobre su madre.
- Aplica los masajes abdominales para estimular la contracción del útero.
- Reconoce el estado de salud de la mujer durante y después de la expulsión de la placenta, verificando si hay hemorragia.
- Verifica que el útero se contrae bien para reducir las pérdidas sanguíneas.
- Estima la cantidad de sangre que ha perdido la madre.
- Incentiva el cuidado materno piel a piel con su bebé durante al menos las primeras dos horas después del parto.
- Identifica las complicaciones de la tercera etapa del parto y sabe que hacer ante ellas.
- Reconoce el estado de salud de la niña o niño revisando el color de la piel en labios, manos, pies, uñas; identificando la presencia de anomalías en su cuerpo, palpando con ambas manos la cabeza, cuello, abdomen, piernas, pies, espalda, brazos manos, y revisando los genitales y el ano.

- Cuida al recién nacido administrándole gotas antibióticas oftálmicas.
- Aplica un mg de vitamina K al niño o niña en la cara anterior del muslo.
- Determina si la niña o niño debe ser llevado de inmediato a una unidad de salud de acuerdo al estado de salud encontrado.
- Determina el estado general de la mujer identificando si está pálida, mareada, sudorosa, inquieta, somnolienta, o con convulsiones y corroborando que sean normales su presión arterial y su temperatura corporal.
- Determina el tamaño y consistencia de la matriz de la mujer.
- Atiende las hemorragias (con compresión bimanual, uso de oxitócicos, compresión de la aorta, pinzamiento de arterias uterinas).
- Identifica y controla el estado de choque.
- Determina si la mujer debe acudir a una revisión médica inmediata.
- Informa a la mujer y su acompañante sobre los signos o síntomas esperados en este periodo, explicando las acciones y prácticas que realiza y las que está por realizar.

La persona responsable se comportará:

- Respetando la privacidad y pudor de las mujeres, así como su cultura y dignidad en todo momento.
- Con empatía de acuerdo al estado emocional de la mujer y su familia.
- Respetando las expresiones emocionales de las mujeres y sus familias.
- Apoyando a la mujer y su familia en el establecimiento del primer contacto con el recién nacido.
- Actuando con precisión en la atención de posibles emergencias.

- Evitando que se expresen en el espacio de atención, por la misma persona o por una tercera, frases humillantes, maltrato, infantilización, intimidación, regaños y violencia de cualquier tipo.

Acción 9.

- Apoya el cuidado de la salud de la mujer y el de la niña o niño en el puerperio inmediato (primeras 24 horas).

- Mide el peso del niño o niña y realiza la somatometría, después de las primeras dos horas en contacto con su madre.
- Separa al bebé de su madre para la revisión completa y la realización de la somatometría pasando el tiempo recomendado (lo ideal de una a dos horas), haciéndolo de preferencia bajo la observación de los padres.
- Reconoce el estado de salud de la mujer valorando los loquios y sus signos vitales.
- Vigila la involución uterina (globo de seguridad de Pinard) y el escurrimiento de sangre por los genitales (loquios) cada media hora por las primeras dos horas. De ser necesario, pesa los pañales y lo anota como pérdidas.
- En caso de haber realizado una episiotomía, vigila la posible aparición de hematomas.
- Incentiva el cuidado materno piel a piel con su bebé durante al menos las primeras dos horas después del parto, así como todo el tiempo que sea posible durante el postparto inmediato y el estadio postparto.
- Envía al recién nacido con su madre a sala de recuperación, y realiza controles cada 30 minutos o con mayor frecuencia según el caso.
- Incentiva la exclusividad del amamantamiento a demanda desde el nacimiento evitando cualquier suplemento para el bebé que contenga agua, glucosa, o sustitutos de leche materna.

- Asegura que la lactancia se inicie durante los primeros 30 minutos.
- Asiste a la mujer para favorecer la lactancia materna exclusiva.
- Identifica riesgos y complicaciones en este periodo como hemorragias, dolor o distensión abdominal, edema, fiebre y escalofríos, loquios fétidos, tromboflebitis en piernas.
- Mide y valora la presión arterial y la temperatura corporal.
- Identifica el estado emocional de la madre.
- Identifica las causas de hemorragia postparto utilizando la nemotécnica de las 4 Ts.
- Identifica si el niño o niña se alimenta de la mama/pecho.
- Reconoce el estado de salud de la niña o niño en el puerperio inmediato, identificando si ha orinado en las primeras horas y evacuado en las primeras 24 horas posteriores al nacimiento.
- Demora la hora del baño y realiza los procedimientos de limpieza para el niño o niña (24 horas) evitando enfriamientos.
- Verifica y estimula el apego con la madre y el contacto piel a piel en este periodo, la mayor parte del tiempo posible.
- Explica a la mujer y pareja el método de canguro en casos que lo requieran.
- Informa a los padres sobre los signos de peligro en el recién nacido y sobre cuándo llevar al infante a que reciba cuidados médicos.
- Apoya a los padres durante el transporte / traslado del recién nacido o durante periodos de separación del infante (ej., admisión en Unidad de Cuidados Intensivos).
- Lava, desinfecta, seca y guarda el material de trabajo que se utiliza para atender el nacimiento. La persona responsable se comportará:

- Con suma atención a los cambios y posibles situaciones de riesgo y complicaciones durante este periodo.
- Escuchando y apoyando las expectativas y necesidades emocionales de las mujeres.
- Cuidando que tanto la mujer como la niña o niño se encuentren cómodos.
- Involucrando la participación de la pareja y la familia en los cuidados posparto a la madre y al bebé.

Atención del puerperio

Acción 10.

- Apoya el cuidado de la salud de la mujer y el de la niña o niño en el puerperio temprano (primera semana) y tardío (de la primera semana al día 42).

- Reconoce el estado de salud de la mujer y el de la niña o niño en los cuarenta y dos días posteriores al nacimiento.
- Asegura que se realice el tamiz neonatal entre el tercero y quinto día del nacimiento.
- Explora de manera cuidadosa la evolución de la lactancia materna (producción suficiente de leche, condición de las glándulas mamarias, turgencia, dolor en las mamas/pechos y grietas en los pezones, cuidados de higiene).
- Vigila la alimentación e ingesta de líquidos en la madre.
- Identifica si el niño o niña se alimenta de la mama/pecho.
- Recomienda cuidados para las mamas y para facilitar la producción de leche.
- Realiza la evaluación post-quirúrgica en mujeres que se les realizó cesárea.

- Mide y valora los signos vitales en la madre.
- Evalúa la involución uterina y realiza la cura de laceraciones o reparaciones.
 - Identifica el estado emocional de la madre.
 - Identifica a través del interrogatorio, si la niña o niño ha presentado calentura/fiebre o temperatura corporal baja.
 - Identifica el estado del ombligo del niño o niña verificando si huele mal, si presenta enrojecimiento a su alrededor, si está hinchado o/y caliente, y si presenta alguna secreción.
 - Establece el estado de salud del niño, verificando si se queja, llora de manera débil y valorando los signos vitales.
 - Identifica alteraciones en el cuerpo del niño o niña revisando la cabeza, abdomen ombligo, así como el color de la piel y ojos.
 - Orienta a la mujer sobre el cuidado de su salud y el de la niña o niño en los cuarenta y dos días posteriores al nacimiento, indicando mejoras para su alimentación.
 - Recomienda a la mujer acciones a seguir para cuidar la salud de la niña o niño.
 - Enseña a las madres cómo sacarse la leche y cómo guardar la leche materna.
 - Provee tratamiento apropiado y oportuno de primera línea para cualquier complicación detectada durante el examen posparto (ej. anemia, hematoma, infección, depresión) y referencia para el manejo adicional, si fuera necesario.
 - Identifica las complicaciones del puerperio tardío y sabe quehacer ante ellas.
 - Brinda asesoría y en su caso aplica un método anticonceptivo.

- Educa a los padres sobre el crecimiento y desarrollo normal del infante y de las niñas y niños pequeños y como proveer las necesidades cotidianas de la niña o niño normal.
- Conoce y brinda el cuidado, información y apoyo (físico y psicológico) que se necesita durante y después de una pérdida y refiere con los servicios disponibles en la comunidad.
- Incentiva el registro del nacimiento ante las autoridades responsables.

La persona responsable se comportará:

- Con suma atención a los cambios y posibles situaciones de riesgo y complicaciones durante este periodo.
- Escuchando y apoyando las expectativas y necesidades emocionales de las mujeres.
- Cuidando que tanto la mujer como la niña o niño se encuentren cómodos. (salud, Juan Lopez, Gonzalez Pier, Jonguitud Falcon, & Rodriguez Dehaibes, 2018)

Psicoprofilaxis.

Como una iniciativa para mejorar las oportunidades de una atención integral a favor de las madres, sus hijos y la comunidad, con calidad, calidez y adecuación cultural.

La Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal es preparar a la gestante y su pareja, con proyección a familia, de manera integral, es decir, física, cognitiva y psicológicamente, a través de actividades educativas,

técnicas de relajación neuromuscular, técnicas de actividad respiratoria, ejercicios gestacionales, posiciones antálgicas, técnicas de autoayuda y estimulación prenatal, acorde a sus condiciones obstétricas, para lograr en ella conocimientos, actitudes y prácticas saludables, que permitan su participación efectiva con tranquilidad y seguridad durante la gestación, parto, post parto y lactancia, de esta manera, mejorar su calidad de vida y condiciones generales y obstétricas.

Ventajas en la madre

1. Menor grado de ansiedad en la madre, permitiéndole adquirir y manifestar una actitud positiva y de tranquilidad.
2. Adecuada respuesta durante las contracciones uterinas, utilizando apropiadamente las técnicas de relajación, respiración, masajes y demás técnicas de autoayuda.
3. Mayor posibilidad de ingresar al centro de atención, en franco trabajo de parto, con una dilatación más avanzada.
4. Evitar innecesarias y repetidas evaluaciones previas al ingreso para la atención de su parto.
5. Menor duración de la fase de dilatación en relación al promedio normal.
6. Menor duración de la fase expulsiva.
7. Menor duración del tiempo total del trabajo de parto.



8. Esfuerzo de la madre más eficaz, sin perder atención en el objetivo y significado de su labor.
9. Menor uso de fármacos en general.
10. Menor riesgo a presentar complicaciones obstétricas.
11. Manifestará menor incomodidad y/o dolor durante el trabajo de parto, bajo el fundamento de saber aplicar toda su fuerza física, equilibrio mental y capacidad de concentración, con miras a controlar las molestias.
12. Tendrá amplias posibilidades de éxito en la evaluación final del mismo.
13. Aprenderá a disfrutar mejor de su gestación y parto, mejorando su calidad de vida y percepción respecto a todo el proceso.
14. Ampliará las posibilidades de gozar de la jornada con participación de su pareja incluso durante todo el trabajo de parto.

15. Mejor vínculo afectivo con el bebé, pudiéndolo disfrutar de manera natural y positiva, con criterios reales y positivos, sin perjuicio del bebé, ni especulaciones técnicas respecto de la estimulación.
16. Menor posibilidad de un parto por cesárea.
17. Menor riesgo de un parto instrumentado.
18. Recuperación más rápida y cómoda.
19. Aptitud total para una lactancia natural.
20. Menor riesgo a tener depresión postparto.
21. Mejor perspectiva y decisión sobre el cuidado de su salud sexual y reproductiva



Ventajas en el Bebé

1. Mejor curva de crecimiento intrauterino.
2. Mejor Vínculo Prenatal (EPN).
3. Enfoque adecuado sobre la estimulación intrauterina.
4. < Índice de sufrimiento fetal.
5. < índice de complicaciones perinatales.
6. < Índice de prematuridad.
7. Mejor peso al nacer.
8. Mejor estado (apgar).
9. Mayor éxito con la lactancia materna.

10. Mejor crecimiento y desarrollo.



Contraindicaciones

- Contraindicaciones absolutas para la práctica de ejercicios físicos.

El profesional tendrá la capacidad discrecional para reconocer el tipo y frecuencia de ejercicios gestacionales que no deberán realizar aquellas gestantes que estén en una situación especial de tipo médica, como por ejemplo, en presencia de una gestación múltiple, cardiopatía, nefropatía, determinados procesos infecciosos o inflamatorios, preeclampsia, placenta previa, incompetencia cervical, o portadora de cerclaje, antecedente de ruptura precoz de membranas, parto prematuro, sangrado vaginal, sospecha de distress fetal o retraso del crecimiento intrauterino u otras patologías obstétricas diagnosticadas.

- Contraindicaciones relativas para la práctica de ejercicios físicos

En general cualquiera que limite, dificulte u ocasione malestar, incomodidad perjuicio a la gestante. La selección del tipo y frecuencia de ejercicio será con plena vigilancia y de acuerdo a la situación especial de tipo médica, como: gestación múltiple, enfermedad hipertensiva, arritmia cardíaca, anemia, diabetes, enfermedad pulmonar, obesidad o delgadez excesiva, tabaquismo, ingesta de alcohol, y antecedentes de prematuridad (23, 24, 46).

- Motivos para la interrupción de los ejercicios físicos

Antes de iniciar la sesión de PPO, se recomienda evaluar a la gestante para reducir cualquier riesgo en su actividad física. Asimismo, se debe considerar la posibilidad que la gestante presente algún signo o síntoma como por ejemplo un espasmo muscular (cuando no calienta adecuadamente), náuseas o vómitos (cuando ingirió alimentos en corto tiempo), lo que será motivo para la interrupción de los ejercicios físicos.

Para la suspensión de los ejercicios hay que tener en cuenta la presencia de los siguientes signos o síntomas:

- Náuseas y/o vómitos
- Mareos
- Dolor de cabeza
- Hipertensión arterial
- Alteraciones en la visión
- Rigidez muscular
- Ansiedad excesiva
- Dolor pélvico o abdominal no controlado
- Edema generalizado
- Dolor precordial o palpitaciones
- Sensación de falta de aire.
- Sospecha de flebitis
- Escaso aumento de peso (menos de 1 kg./mes en los últimos dos meses).
- Pérdida de líquido amniótico
- Pérdida de sangre por vagina.
- Falta de movimientos fetales

- Contracciones uterinas persistentes sugestivas de parto prematuro (más de 6-8 contracciones/hora).

Equipo didáctico básico de Psicoprofilaxis Obstétrica

Denominado también Kit de Psicoprofilaxis Obstétrica, es el conjunto de herramientas, piezas, objetos o productos que constituyen el material didáctico básico para facilitar la sesión de PPO. Está constituido por una colchoneta, dos almohadas y un cojín.

Gimnasia gestacional (GG)

Actividad física a través de ejercicios gestacionales (EG) y movimientos generales y/o localizados que realiza la gestante para lograr bienestar general, entre ellos: refuerzo de músculos, elasticidad de tejidos, flexibilidad de articulaciones, mejor oxigenación tanto pulmonar como celular, comodidad, entre otros. La gimnasia gestacional se debe realizar con prudencia y de acuerdo a las condiciones de la gestante.



Posiciones antálgicas

Posturas que reducen las molestias, incomodidad o dolor en el cuerpo o algunas de sus partes.



PPO Prenatal (PPO-PN)

Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación. El mejor momento para iniciarla es entre el quinto y sexto mes prenatal; Sin embargo, hay que tener presente que nunca es tarde para realizarla.

PPO Intranatal (PPO-IN).

Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante el trabajo de parto. Por el período en que se realiza, priorizará la información técnica de ayuda a la madre y persona que le brinde el acompañamiento, enfocado hacia una respuesta adecuada durante la labor. También es denominada PPO de emergencia.

PPO Postnatal (PPO-PTN).

Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda después del parto. Por lo general se da durante el período de puerperio mediano, pudiendo ampliarse hasta los primeros meses del período de

lactancia exclusiva. Su finalidad es lograr la recuperación y reincorporación óptima de la madre promoviendo cuidados en su salud sexual y reproductiva.

Psicoprofilaxis de emergencia (PPO-EM)

Es la preparación brindada a la gestante faltando pocos días para la fecha probable de parto, o la que se ofrece a la parturienta durante su labor de parto. Es importante la adaptación de un programa o sesión intensiva teniendo en cuenta las prioridades. Busca esencialmente la tranquilidad, colaboración y participación de la gestante/parturienta para un mejor control emocional. La principal herramienta de la psicoprofilaxis de emergencia proviene de la escuela soviética ya que busca el "automatismo de la respuesta condicionada" para facilitar una mejor actitud, rol activo y experiencia obstétrica en la madre.

Preparación física (PF).

Entrenamiento que se brinda a la gestante de acuerdo con sus condiciones generales y obstétricas para que obtenga beneficios corporales y mentales. La prepara para lograr una gestación, parto y recuperación en mejores condiciones. Ésta puede ser a través de ejercicios gestacionales, técnicas de actividad respiratoria, técnicas de relajación neuromuscular, posiciones antálgicas y/o masajes localizados, entre otros.

Preparación psicoafectiva (P-PA).

Apoyo emocional que se brinda a la gestante/pareja gestante, permitiéndole disfrutar la llegada del bebé sin temores o ideas negativas, logrando en ellos tranquilidad, seguridad y bienestar permanentes. Ayuda también en el proceso de desligar el fenómeno de temor – tensión – dolor. La preparación psicoafectiva circunscribe la Estimulación Prenatal.



Estimulación.

Es la transferencia de una acción que logra una respuesta a partir de los órganos de los sentidos en la cual podemos utilizar:

- **Aromaterapia.** Es un método alternativo mediante el uso de fragancias a través de aceites esenciales aromáticos (aceites extraídos de hojas, flores, troncos y raíces), con la finalidad de promover la salud y el bienestar del cuerpo, la mente y las emociones. El uso de estas esencias mediante diversos sistemas de aplicación puede restablecer el equilibrio y la armonía en la gestante, estado que beneficia al bebé.

- **Esferodinamia.** Es una modalidad de entrenamiento físico con el uso de una esfera o pelota de plástico inflada con aire, con la finalidad de facilitar algunos movimientos y posturas que faciliten la preparación física prenatal y postnatal en la madre.
- **Masoterapia.** Es un método alternativo mediante el uso de manipulaciones de los tejidos blandos del cuerpo ejercida especialmente con las manos, como modo más eficaz, cuya finalidad es lograr principalmente el alivio de molestias, relajación, mejorar la circulación y oxigenación, además de favorecer un descanso adecuado, el estado emocional y la disminución de la fatiga tanto física como emocional en la gestante o puérpera.
- **Matronatación Prenatal.** Es el uso del agua como recurso para facilitar la preparación prenatal, en especial en el área física, y que por sus características y beneficios, como la disminución de la gravedad, facilita los movimientos, flexibilidad y reduce el esfuerzo físico, asimismo, por el efecto de hidromasaje homogéneo en todo el cuerpo de la gestante, reduce molestias y genera sensación de bienestar integral, entre muchos otros beneficios. La matronatación, hay que indicarla con criterio clínico, considerando sus contraindicaciones relativas y absolutas.
- **Musicoterapia.-** Es un método alternativo terapéutico mediante el uso de estructuras musicales, tonos, sonidos, melodías y otros, con la finalidad de lograr motivación, relajación, meditación y estimulación durante la sesión de psicoprofilaxis obstétrica, logrando así un mejor estado psico-físico, optimizando el estado emocional, cognitivo y espiritual en la gestante o puérpera y su pareja durante su preparación.
- **Sofrología.-** Es una escuela científica que estudia la conciencia, sus modificaciones y los medios físicos, químicos o psicológicos susceptibles de modificarla, con una finalidad terapéutica, profiláctica o pedagógica en medicina. (Dr.David Acurio, 2014)

Material y método

Esta propuesta se lleva a cabo para la mejora de atención en los servicios de salud y de acuerdo como lo marca el programa de secretaria de salud.

Por su profundidad es descriptiva e informativa ya que anuncia las características del proceso de un parto humanizado.

Se aplica a todas las pacientes cuyo diagnóstico sea parto fisiológico de término, sin complicaciones que ingresan a el área de labor en fase activa. en el hospital león de febrero a diciembre 2019.

Conclusión.

Las conclusiones que nos deja esta propuesta sobre el parto humanizado, es que la apertura de dicho tema es muy poca y viendo la situación en la que las personas gestantes se enfrenta, nos da mucho de qué hablar ya que en muchas ocasiones nuestras embarazas sufren de malos tratos y violencia obstétrica lo cual no permite que disfruten de un proceso que para ellas es muy significativo en su vida que es recibir su bebe, y se entiende como violencia hacia la mujer suceso que debe cambiar ya que tiene derecho de un trato digno desde su primer contacto hasta finalizar su estancia en un entorno acogedor para poder sentirse seguras durante su proceso, todas las mujeres tiene derecho a ser las protagonistas de sus partos, considerarse como un persona sana, sin ser víctimas de cualquier tipo de violación a sus derechos.

Con esta propuesta sobre el parto humanizado nos da la apertura de que nuestras embarazadas pueden tener su parto de la manera más natural sin daños a su persona, tanto física o emocionalmente respetando costumbres y tradiciones de cada persona, ese es el objetivo de este programa que tengan la libertad de poder tomar decisiones acerca de su forma de parir, no sentirse agredidas por acciones o comentarios que de cierta manera hace que su experiencia no se la esperada, siempre y cuando no cuente con una restricción médica que se los impida el proceso del parto fisiológico, el apoyo de sus familiares o de alguna persona de su entera confianza al igual por parte del personal de salud en esta situación es parte muy importante de eso dependerá el nivel de seguridad que le transmitiremos a las embarazadas.

Bibliografía

Bibliografía

*Rangel da Silva, L. *. (noviembre de 2006).

<https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24178/1/La%20enfermera%20obs%20tera%20y%20la%20politica%20de%20humanizacion%20del%20parto.%20E>.

Cordero*, G. A. (Rev Enferm IMSS 2000; 8 (2):61-63).

https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31977581/IMSS_HUMANI%20SMO.pdf?AWSAccessKeyId=.

Dr.David Acurio, D. V. (octubre de 2014). [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivos digitales /sigobito/tareas/psicoprofilaxis %obstetrica](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivos%20digitales%20sigobito/tareas/psicoprofilaxis%20%20obstetrica). Obtenido de [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivos digitales /sigobito/tareas/psicoprofilaxis %obstetrica](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivos%20digitales%20sigobito/tareas/psicoprofilaxis%20%20obstetrica).

En México, e. í. (junio de 2012).

[http://concyteg.gob.mx/ideasConcyteg/Archivos/84_4_GARCIA_VAZQUEZ_ET_A L.pdf](http://concyteg.gob.mx/ideasConcyteg/Archivos/84_4_GARCIA_VAZQUEZ_ET_A%20L.pdf).

M.1, P. F. (2012).

https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36291399/Desarrollo_de_Habilidades_Socioafectivas_en_la_Escuela_Articulo.pdf.

Martinez, D. D. (30 de SEPTIEMBRE de 2019). EMBARAZOS EN MENORES DE 20 AÑOS. *BOLETIN DE GUANAJUATO*.

pronatal. (2016). <http://www.labebeteca.com/parto-humanizado-parte-1-la-historia-del-desapoderamiento-de-la-mujer-durante-el-parto>.

salud, s. d., juan lopez , M., Gonzalez Pier, E., Jongitud Falcon, A., & Rodrigues Dehaibes , C. (2018). *MODELO DE ATENCION A LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO ,PARTO Y PUERPERIO ENFOQUE HUMANIZADO ,INTERCULTURAL Y SEGURO . SECRETARIA DE SALUD .*

