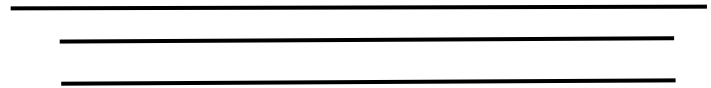




**SECRETARÍA
DE EDUCACIÓN**
GOBIERNO DE CHIAPAS

SECRETARÍA DE EDUCACION
SUBSECRETARIA DE EDUCACION
ESTATAL
DIRECCION DE EDUCACION SUPERIOR
CLAVE 07PSU0075W



TESIS

**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PARTO
HUMANIZADO EN EL AREA DE TOCOCIRUGÍA EN EL
HOSPITAL DE LA MUJER COMITANEN EL PERIODO
ENERO - JUNIO 2022”**

**PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERIA**

PRESENTA

**JESÚS IMANOL VERA PÉREZ
JOSÉ ALEJANDRO VILLAGRÁN PÉREZ**

ASESOR DE TESIS:

DRA. MARIA CECILIA ZAMORANO RODRIGUEZ

COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS: AGOSTO 2022

HOJA EN BLANCO



SECRETARÍA
DE EDUCACIÓN
GOBIERNO DE CHIAPAS



SECRETARÍA DE EDUCACION

SUBSECRETARÍA DE EDUCACION
ESTATAL

DIRECCION DE EDUCACION SUPERIOR

CLAVE 07PSU0075W

TESIS

**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PARTO
HUMANIZADO EN EL AREA DE TOCOCIRUGÍA EN EL
HOSPITAL DE LA MUJER COMITANEN EL PERIODO
ENERO - JUNIO 2022”**

**PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERIA**

PRESENTA

**JESÚS IMANOL VERA PÉREZ
JOSÉ ALEJANDRO VILLAGRÁN PÉREZ**

ASESOR DE TESIS:

DRA. MARIA CECILIA ZAMORANO RODRIGUEZ

COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS: AGOSTO 2022

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

DEDICATORIA

Contenido

Introducción.....	8
CAPITULO I	10
1.1 Justificación.....	10
1.2 Objetivos	11
1.3 Planteamiento del problema	12
1.4 Hipótesis.....	14
CAPITULO II	16
2.1 Antecedentes históricos	16
2.2 Principales conceptos	21
2.3 Signos y síntomas.....	27
2.4 Proceso de parto	31
2.5 Violencia obstétrica	37
2.6 Parto fortuito	42
2.7 CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	46
2.8 Tipos de parto	57
2.9 Fisiología del parto vaginal.....	59
2.10 Proceso de parto.....	61
2.11 Mitos del parto.....	63
2.13 Episiotomía	66
2.14 Tipos de posiciones en el parto	69
2.15 Parto pretérmino	72
2.16 Parto de agua	74
CAPITULO III	78
3.1 Diseño y tipo de estudio	78
3.1.1 Diseño.	78
Tipos de diseño 3.1.1	79
3.2 Universo y muestra	82
3.3 Tipo de muestreo.....	85
3.4 Material y métodos.....	86
3.5 Criterios de inclusión.....	88
3.6 Criterios de exclusión.....	89
3.7 Criterios de eliminación	90

3.8 Plan de análisis	91
3.9 Aspectos éticos	92
3.9.1 Normas.....	93
3.9.2 Leyes	95
3.9.3 Reglamento de institución	98
CAPITULO IV	100
4.1 Gráficas y análisis	100
4.1.1 Tabla y gráficas de pregunta #1	100
4.1.2 Tabla y gráficas de pregunta #2	102
4.1.3 Tabla y gráficas de pregunta #3	104
4.1.4 Tabla y gráficas de pregunta #4	105
4.1.5 Tabla y gráficas de pregunta #5	107
4.1.6 Tabla y gráficas de pregunta #6	108
4.1.7 Tabla y gráficas de pregunta #7	109
4.1.8 Tabla y gráficas de pregunta #8	111
4.1.9 Tabla y gráficas de pregunta #9	112
4.1.10 Tabla y gráficas de pregunta #10	113
4.2 Conclusiones	115
4.3 Sugerencias	118
BIBLIOGRAFÍA.....	120
ANEXOS	121

Introducción

Sabemos que en el ámbito hospitalario los servicios de calidad cumplen un factor clave en el desarrollo, evolución, y alivio de los pacientes. En el siguiente trabajo abordaremos un tema que ha pasado desapercibido en los últimos años por diversos factores que deshumanizan el cuidado de la enfermería.

El cuidado está presente desde la concepción hasta el alumbramiento, aclarando así que nuestros casos no serán enfocados ni tratados en casos de urgencias, más bien nos apegaremos a partos naturales y que no provengan con antecedentes de riesgos como la preclamsia, eclampsia, o toda aquella situación en donde se vea comprometida la vida del producto y de la madre. Las técnicas y cuidados que se mencionaran a continuación son una serie de investigaciones que brindaran confort en el proceso de parto y alumbramiento; Cabe destacar que nos hemos inspirado en técnicas alternativas apegadas al parto humanizado, labor realizada con poca frecuencia, pero con una gran valor cultural, esta carga teórica dejará fluir y enlazar conceptos tradicionales y científicos dando como resultado la unificación del arte del cuidado sustentado en evidencia y bases científicas.

Mediante la definición ginecológica se define a parto normal como aquel que se desencadena de manera espontánea entre las 37 y 42 semanas de gestación, empieza con un aumento del número de contracciones y de su intensidad, o bien, puede ser por una rotura de la bolsa de las aguas, sin tener contracciones.

La actividad esencial de la profesión de enfermería se centrará en apoyar tanto emocionalmente, así como en el procedimiento a la parturienta, con el trabajo presentado definiremos como parto humanizado a la actividad de apoyo legal y moral a la mujer que se encuentra en la labor, pues bien, humanizar un parto representa acciones tanto legales que permiten a la paciente elegir posición y lugar en donde expulsar el producto, conocido también como el parto respetado

esta es una modalidad de atención que se caracteriza por el respeto del derecho tanto de la madre, del padre y del niño, en esto aborda valores, respeto de sus sentimientos, de sus creencias, de su etnia, respetar su autonomía y la dignidad en el proceso de parto, todo esto aunado con el trato digno y la eficacia en la calidad de la comunicación paciente-enfermero.

CAPITULO I

1.1 Justificación

Mediante la escucha de experiencias y anécdotas personales que más adelante se presentaran se tomó la decisión de crear una tesis enfocada en una problemática poco mencionada pero muy recurrente en los hospitales de la actualidad en la ciudad de Comitán de Domínguez, ya que se sabe el cupo en la sala de expulsión es limitada debido a los altos ingresos de partos, por lo cual muchas mujeres ante la prisa e incertidumbre, o como ellas mencionan negligencia, nos dimos a la tarea primeramente de investigar los factores que intervienen a que el alumbramiento se torne de manera desagradable y no sea digno.

Con esto se pretende descubrir las razones, las causas y los efectos del porque muchas veces se ha criticado a la sala de expulsión como un proceso deshumanizado, nosotros como estudiantes de enfermería y tomando en cuenta el gran valor que conlleva la amabilidad, el respeto y la integridad de los pacientes, investigaremos a fondo el cómo mejorar los servicios de cuidados en la enfermería apegados al parto humanizado.

Por otro lado, se tratará de explicar de forma adecuada el proceso por el cuál pasan las mujeres que están a punto de dar a luz y las posibles complicaciones que se puedan presentar durante este proceso, y a raíz de esto es necesaria también la investigación del como son tratadas estas complicaciones, y es aquí donde podremos averiguar cierto tipo de deshumanización dentro del proceso de parto. También es importante mencionar la curiosidad que sentimos al momento de realizar este trabajo, ya que al ser estudiantes de enfermería, nos imaginamos dando cierto tipo de actuación dentro del campo laboral, y entre esto nos imaginamos el proceso de parto y es ahí donde surge este tema de suma relevancia dentro del municipio, es aquí donde surge nuestro compromiso por la realización de este trabajo, donde se trata de explicar lo importante de este proceso.

1.2 Objetivos

GENERAL:

- Dar a conocer de manera sistematizada y estructurada la actuación del personal de enfermería.

ESPECIFICOS:

- Garantizar una atención de calidad cimentada en salvaguardar, conservar y respetar los derechos morales y legales de la mujer,
- Aplicar cuidados enfocados en la enfermería, pero respetando las decisiones culturales y religiosas.
- Ser evolutivo en la mejora de la manipulación en la parturienta, mantener la calma en todo momento e inspirar confianza no forzando la situación, sino que en todo momento permitirle a ella y darle a conocer alternativas diferentes como en posiciones de parto adecuadas según la situación correspondiente, en la comodidad y el confort se adecue al momento y la situación.

1.3 Planteamiento del problema

Después de pequeñas entrevistas y recabar información hemos llegado a lo que posiblemente es el detonante principal de las quejas en el hospital materno de la ciudad de Comitán de Domínguez, estructuramos y detectamos una serie de pasos que se llevan a cabo dentro del área de tococirugía, exponiendo así algunos factores que impiden o que interrumpen una labor de parto de forma humanizada.

El primero en mencionar se trata del tiempo, se tiene en cuenta la demanda en pacientes tanto en ingresos a expulsión como en la sala de labor de parto. Pues bien, en cuanto a una paciente es explorada por el ginecólogo, al ser explorada y diagnosticada por el mismo dictamina cuando pasar a la sala de expulsión, durante este proceso la paciente no cuenta con la suficiente información de lo que acontece en el momento. Esto debido a que la atención es mínima empero a ser acompañada o asesorada directamente y no necesariamente por un especialista en turno, sino tomando apoyo de expertas en la humanización de la labor.

Aunado al tiempo el factor psicológico la ansiedad y la desesperación que por lo regular es manifestada en mujeres primigestas afecta directamente en el proceso de la expulsión, esto debido a que la orientación proporcionada no fue lo suficientemente adecuada para que la paciente fuera informada de procesos posteriores.

El segundo punto es tomado mediante obtención y recopilación de anécdotas del personal investigado, es a partir de aquí donde partiremos en el sustento de la realización de nuestra correspondiente tesis. El choque cultura-tradición-atención médica, no siempre son un tema que se pueda unificar y tratar de manera adecuada. Hay que mencionar las discrepancias entre mujeres procedentes con una etnia (tojolabal, tzotzil, etc.) de la zona ya que es recurrente que muchas de las parturientas previamente fueron atendidas por métodos alternativos a su comunidad y por lo regular ingresan aferradas a la conservación

de su cultura, negándose a recibir el tratamiento correspondiente diagnosticado por el personal médico en turno; Sumando así que el idioma utilizado en el hospital es diferente al dialecto manejado por los pacientes que suelen recurrir a estos centros de atención médica, que por tanto al intentar darles la orientación adecuada, no es posible entablar una conversación que pueda cumplir con facilidad el objetivo que es garantizar la atención de calidad.

1.4 Hipótesis

Dentro de los márgenes que refieren a situaciones legales hemos investigado situaciones que creemos llegan a estar ligadas en nuestra problemática, la idea original es enfocada a los malos servicios de enfermería, las cuales conllevan a otras acciones que provocan de manera inconsciente violencia y privan de los derechos a las pacientes, pues bien se menciona que la violencia obstétrica. Es un tipo de agresión que se genera en los servicios de salud pública o privada y que consiste en cualquier acción u omisión, por parte del personal de salud, que cause daño físico o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y posparto. “Esta violencia puede expresarse en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, así como en actos como: tratos crueles o degradantes por parte del personal de salud; o abuso de medicalización, que menoscaba la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre los procesos reproductivos”. (GIRE, 2015).

Sabemos además de esto que con la humanización del parto podemos contribuir a una mejora directa a la calidad de los servicios, mediante la investigación de técnicas, herramientas alternativas y una mayor organización pretendemos elevar la eficacia en el área de expulsión del hospital materno en la ciudad de Comitán de Domínguez, asumimos al igual que mediante otras variantes como las que son, el personal escaso y la cooperación de la paciente, que la realización del proceso de expulsión es debido a la alta demanda en ingresos de mujeres en labor de parto y la poca capacidad para atenderlas en instancias más favorables, ya que se sabe que por ser un hospital de atención a mujeres y niños no solo se hace acreedora de atender a pacientes propios de Comitán, si no que alberga a lugares de etnias Tzotzil y Tojolabal , en donde la comunicación entre el español y su dialecto es solo uno de dos probables problemas planteados , ya que si bien cabe mencionar muchas mujeres de las zonas indígenas que acuden a recibir un servicio en dicho hospital es la comunicación que en más de una ocasión impide correlacionarse entre enfermera y paciente, dando como resultado que el español y el dialecto no sean

compatibles al momento de interactuar; por otro lado, el impacto cultural de estas zonas llegan a no asumir indicaciones médicas dadas en la sala de expulsión. Casos así se presentan no solo en la zona de nuestro estudio sino también en todo Chiapas, en donde las mujeres se niegan a adoptar la posición ginecológica a la hora de dar a luz; este impacto cultural muchas veces no escatima riesgos que pueden ocasionar entre la parturienta y el personal de salud, por tanto nuestra labor en el proyecto de investigación, será la de implementar técnicas tanto de comunicación como las de manejo en la labor de parto, y así de esta manera comprobar de que se pueden mejorar servicios de calidad.

Con más preguntas que responder, pero con más información que redactar nos fijaremos en desmentir o en validar comentarios que se vienen escuchando desde hace algunos años y que muchos participantes del área de salud nos comparten, ¿Es el tiempo un factor fundamental que impide la humanización del parto?, ¿Qué es lo que realmente evita dar un parto humanizado?, ¿Se cumplen los estándares de calidad con respecto a la NOM 007-SSA2-2016?

CAPITULO II

2.1 Antecedentes históricos

El parto, es un proceso natural que ha estado a lo largo de toda la historia humana, así como los procesos básicos como la reproducción, la alimentación e incluso la muerte. Esto hace que al ser un proceso que no siempre fue una tarea de los médicos, ya que entre las mujeres se hacían los procesos, ya que al ser épocas diferentes de mucha intimidad, el proceso del parto era visto generalmente por mujeres, por el tipo de proceso.

Esto hace que sea un proceso algo difícil de historiar debido a los pocos registros que se pudieron recabar en su momento, ya que no en todos los casos se hizo algún tipo de registro que ayudara en el proceso de recabación de información.

Algo que, si conocemos, es que el parto natural resultante de la vida sexual de las mujeres, era un proceso donde las mujeres veían este proceso como una patología, así es como era visto socialmente, como un estado de enfermedad que ponía en riesgo la personalidad sexual y natural por el proceso del embarazo.

Al dejar a un lado la historia de las parteras o las obstetras, podemos mencionar que el proceso del parto y su realización es algo difícil del indagar, esto debido a que como hasta el día de hoy, la sociedad nos dicta que hacer y en aquel momento no fue la excepción, sino que era incluso peor visto en ciertas formas. En la antigüedad, la política o la religión dictaba que era bueno y que era malo hacer, donde básicamente prohibían cosas por diferentes situaciones, y en el proceso del parto no fue la excepción.

Las mujeres en la antigüedad, como todos sabemos, eran vistas como personas inferiores a los hombres y en este tema es muy difícil decir cuál es el proceso por el cual seguían como tal en tiempos pasados, debido a estas mismas situaciones mencionadas anteriormente, donde las personas debían seguir lo que les dictaban los altos mandos de aquel momento.

Pero al comenzar a mencionar los antecedentes, sabemos que el proceso del nacimiento, más allá de ser algo familiar o algo hospitalario, pertenecía a las mujeres y era tratado con mujeres, donde las acompañadas contaban con experiencia en más partos y estas ayudaban a las mujeres a parir dándoles la posición adecuada, como por ejemplo de cuclillas, sentada, en cuatro patas, etc. Sin embargo, algo curioso, es que no existen registros de que en la antigüedad se realizaría con la mujer acostada en una cama.

Lo que se ha encontrado de rastro de las civilizaciones, son figuras rupestres y cerámicas que honraban el proceso de la fertilidad, esto con figuras donde las mujeres se encontraban pariendo o mujeres embarazadas.

Al mencionar el acompañamiento de los partos, el Antiguo Testamento encontramos que, en la Grecia clásica, Phainareté madre de Sócrates, era partera. El mismo Sócrates fue quien describió por primera vez el parto normal, esto en los Tratados hipocráticos. En los años 500 a. C. las mujeres eran alabadas, recibían halagos y honores debido a la actuación que ejercían en la sociedad.

Se sabe que aquí se dividían a las mujeres parteras en dos grados: las primeras eran dirigidas a partos sencillos y las segundas eran dirigidas a partos más complejos.

En la edad media, existía una distinción social donde se clasificaban como la nobleza y los campesinos, donde básicamente la nobleza tenía los beneficios y los campesinos eran los más perjudicados.

Por esto es que no era lo mismo ser una parturienta o una embarazada debido a que no había las mismas posibilidades, incluso, los médicos veían el proceso de parto como algo sucio, es por esto que las personas indicadas para este proceso eran las comadronas y capadores.

El problema comenzó cuando en la Santa Inquisición comenzó a seguir la herejía, donde se vieron afectados estas personas debido a que luego se

siguieron a las brujas, esto les afecto mucho y las malas lenguas cuentan que el proceso de seguimiento de brujas, fue con el fin de poder controlar a la natalidad.

Fue a partir del siglo XVII fue que surge la obstetricia donde esta se ramifico como propia en la medicina, y aquí fue donde los médicos hombres pudieron por primera vez de forma oficial, atender los partos. Fue por François Mauriceau por quien se adoptó la posición en la cama, donde es muy cómodo para los acompañantes, pero es muy complicada para la madre y el bebé.

A finales del siglo XVI, existieron personas que se denominan como barberos, los cuales fueron los que realizaban los partos de manera a domicilio, y ellos eran quienes portaban con un aparato secreto, este aparato era muy valioso para ellos que hasta lo manejaban en una caja la cual servía de escondite para su herramienta. Esta era lo que se conoce como Fórceps, y con justa razón es que escondían esta herramienta, ya que para esas épocas era una buena fuente de ingresos para estos hombres.

En aquellas épocas hubo muchas muertes de niños y madres, esto debido a que cuando el canal hacía que el bebé se quedara atrapado, se podían hacer dos cosas, la primera es que el bebé saliera por partes y el segundo es fracturar el hueso pélvico de la mujer, y en ambos casos se hacía daño a uno de los dos. Es por esto que se guardó este secreto muy bien, ya que hacía que el proceso fuera mejorado por este novedoso artefacto, tal es el caso que fue guardado por aproximadamente doscientos años.

Fue hasta el siglo XIX donde existió una fiebre puerperal que mataba un porcentaje de alrededor del 10 al 35% de las mujeres, y aquí es donde existió uno de los avances que se fue desarrollando con el paso del tiempo, fue Ignác Semmelweis quien por primera vez menciona que las manos de los médicos eran las responsables de esta enfermedad que azotó duramente a las embarazadas de aquella época.

Fue que tiempo después por ahí de 1900 donde se confirmó que realmente las manos y su mala higiene hacía que sucedieran infecciones, esto gracias a

Louis Pasteur, por consiguiente, Joseph Lister fue quien elaboro la antisepsia en las cirugías, implementando un nuevo método de prevención de infecciones que por años había sido un factor importante a considerar dentro de los partos y así todos los hospitales integraron las técnicas que hoy rigen esas áreas.

En el apogeo de las aportaciones, es como se dieron a conocer métodos tales como la cesárea. Fue así como poco a poco se convirtió en opción más segura el parir dentro de un hospital que en el hogar con una partera, con esto hubo cambios significativos, desde las de mejor posición económica yendo a hospitales hasta las más pobre en casa con parteras, pero el cambio no se vio solo así, ya que varias parteras que tomaron rol en un hospital, se vieron mermadas en la actuación que ejercían entre la relación partera-mujer y poco a poco se perdió esa parte del proceso tan solidario.

Fue así como el proceso se volvió cada vez más perjudicial para la madre, ya que al ingresar al hospital las hacen ponerse en una posición supina la cual como ya explicamos con anterioridad, es fatal ya que es muy incómodo para la madre y doloroso.

Con la última etapa hasta nuestros días, es como se acoplaron ciertas normas en el proceso de parto, siendo catalogados como rutinarios, tales casos como el uso de oxitócicos, la epidural, la cesárea, el fórceps y la episiotomía.

Fue así como el proceso se volvió monótono y las pacientes dejaron de ser libres de decisión, ya que hoy en día al ingresar a un hospital se entrega la madre a las manos del personal y las llegan a tratar como una persona enferma más, sin ese aprecio de que la mujer está pariendo vida.

La experiencia de una mujer que está pariendo es dolorosa e incómoda, únicamente el progreso se ha centrado en comodidad del médico y del personal, no se puede regresar a tiempos anteriores a este para que la situación sea mejor para la madre. Sin embargo, para cambiar esta situación, se debe cambiar a cada uno de nosotros y nosotras, luchando como sociedad para que el proceso sea efectivo y en verdad ayude a la mujer a la hora de parir y que deje de existir esa

desigualdad que se formó debido a que se comenzó a ver como un proceso, más que como un proceso de ver la vida nacer.

Bibliografía

Marcote, V. (2017). *NOSOTRAS PARIMOS guía para un parto respetado* . Buenos aires: Editorial Paidós SAICF.

2.2 Principales conceptos

Calificación de Apgar: La calificación de Apgar, es un método utilizado y específicamente para valorar la adaptación de las funciones corporales de un recién nacido al medio extrauterino y termina la necesidad de instituir una reanimación inmediata, el modelo de Apgar centra su investigación y en la observación de los siguientes puntos fisiológicos como la frecuencia cardiaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, respuesta a estímulos y coloración.

Calificación de Silverman-Andersen: Al igual que la valoración homologa anterior, Andersen evalúa los parámetros del recién nacido y que es aplicado como un cuidado mediato. Sin embargo, Silverman puntúa la calificación más baja como pronóstico de la valoración más elevada.

Estos parámetros se basan en la evaluación de signos clínicos como aleteo nasal, quejido espiratorio, retracción esternal y disociación intercostal.

Valoración de Capurro: Considerada como una herramienta fundamental para la valoración de la edad gestacional, existe la valoración de Capurro. La determinación de la edad gestacional es de suma importancia porque tanto la morbilidad como la mortalidad perinatal están relacionadas con ella y con el peso al nacer.

En estos parámetros se evalúa cinco signos físicos externos como forma del pezón, textura de la piel, forma de la oreja, tamaño del tejido mamario y pliegues plantares. Además, se agregan signos neuromusculares y la valoración de este método determina cinco intervalos básicos para la edad gestacional.

Se le considera:

- Posmaduro: 41 semanas o más
- A termino: Entre 37 y 40 semanas

- Prematuro leve: Entre 35 y 36 semanas
- Prematuro moderado: Entre 32 y 34 semanas
- Prematuro extremo: menos de 32 semanas

Recién nacido: Se considera cuando el producto inicia su vida extrauterina desde lo cero a treinta días, en un recién nacido normal posee un peso de 2500 a 3500 gramos, otra de las características definitorias del recién nacido es la talla de 50 cm, el perímetro cefálico de 35 cm, el perímetro torácico de 33 cm, el perímetro abdominal de 32 cm, el segmento inferior de 19 a 22 cm y el pie de 7 a 9 cm.

Promedio de mediciones en el recién nacido:

- Edad: 0 a 28 días
- Peso: 2500 a 3500 g
- Talla: 50cm
- Perímetro cefálico: 35cm
- Perímetro torácico: 33cm
- Perímetro abdominal: 32cm
- Perímetro inferior: 19 a 22cm
- Pie: 7 a 9cm

Signos vitales del recién nacido:

- Frecuencia cardiaca de 140 a 150 lat/min.
- Frecuencia respiratoria de 40 a 60 respiraciones por minuto.
- Temperatura de 36.6 a 37.4 °C.
- Presión arterial de 74 a 76 mm Hg.

Cuidados neonatales inmediatos: Para garantizar la integridad física del neonato existe una serie de procedimientos encargadas de cumplir con los cuidados inmediatos después de la vida intrauterina, todas ellas fundamentadas en conceptos básicos como la pérdida de calor o la prevención de eventos adversos, dentro de estos cuidados inmediatos.

Se califican a:

- Evitar la pérdida de calor
- Observar la posición que adopta
- Aspirar secreciones
- Verificar vía aérea permeable mediante Apgar
- Estabilizar y controlar la temperatura corporal
- Ligar el cordón umbilical
- Aplicar calificación de Apgar 5 minutos después
- Valorar la permeabilidad esofágica
- Suministrar vitamina K
- Administrar profilaxis oftálmica
- Cuantificar peso y talla
- Realizar exploración física completa
- Valorar permeabilidad anal
- Calcular edad gestacional usando Capurro
- Identificar hallazgos y complicaciones
- Integrar la notación correspondiente al registro de enfermería
- Establecer identificación: nombre de la madre, registro, fecha y hora de nacimiento, sexo y en algunos casos número de cama
- Determinar la atención mediata.

Cuidados mediatos: Después de culminar con los cuidados inmediatos debe valorarse de nueva cuenta al recién nacido y describir los hallazgos, complicaciones y tratamientos.

Es necesario realizar:

- Somatometría
- Glucemia capilar
- Vitalografía
- Eutermia estricta
- Lavado del seno materno
- Cuidado de los accesos venosos (cordón umbilical)
- Tratamiento farmacológico prescrito
- Baños (si las condiciones del neonato son permitidas) después de 6 a 8 horas de nacimiento
- Tamiz neonatal (después de las 72 horas)
- Inmunizaciones (24 horas después)

Edades pediátricas:

La infancia es una etapa de la vida que parte desde el nacimiento hasta la juventud, dentro de esta fase existen también diferentes momentos que marcan diferentes ritmos en el desarrollo del niño o de la niña, no solo en lo fisiológico sino en lo psicológico.

Por tanto, se es posible distinguir las diferentes etapas de la infancia en relación a tipo cerrado:

- Recién nacido: 0 a 28 días
- Lactante menor: 29 días a 12 meses
- Lactante mayor: 12 a 24 meses
- Preescolar: 2 a 5 años
- Adolescente: 12 y antes de los 18 años

Exploración física: La valoración del recién nacido acentúa en la exploración física, donde esta es el conjunto de procedimientos y tecnologías que hacen

posible reunir información del estado de un niño en relación con su salud y enfermedad.

Los objetivos de la entrevista y la exploración física son entre varias recopilar información, valorar las necesidades del paciente, jerarquizar necesidades, otorgar cuidados de enfermería pero siempre en orden de prioridad, aplicar el conocimiento autocrítico del enfermero basado en fundamentos y argumentos científicos, detección de problemas de salud relacionados con crecimiento y desarrollo, educar y favorecer la educación y la promoción a la salud y crear una relación satisfactoria con el niño y la familia.

La valoración consta de ciertos puntos los cuales en orden ascendente son: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:**

Es la revisión general del paciente y se lleva a cabo durante la entrevista, la finalidad de esta consiste en observar en forma ordenada (cefalocaudal) y desde un punto anatómico, evaluando la simetría del cuerpo en relación con uno y otro lado e identificar alguna anomalía.

- **Auscultación:**

Se lleva a cabo mediante el detenimiento y es necesario prestar la máxima atención a los sonidos emitidos en el organismo, por ejemplo, utilizando el estetoscopio logramos magnificar sonidos y detectar ruidos cardiacos, pulmonares e intestinales.

La detección de sonidos por medio de aparatos diagnóstica e identifica anomalías que puedan conllevar a severas complicaciones y su detección puede ser oportuna.

- **Percusión:**

Esta maniobra se utiliza para percutir sobre el órgano a explorar, de esta manera es posible identificar anomalías de órganos o detectar el desplazamiento del órgano percutido.

Se emplea la yema de los dedos para percutir los tejidos y tratar de reconocer la presencia de líquidos, aire o sólidos. Las características de estos signos identificables dependerán del grado de percusión y vibración detectado.

- **Palpación:**

La sensibilidad juega un rol importante dentro de la técnica de percusión puesto que en ellas se utilizan las manos y se toca la parte del cuerpo a explorar, con el tacto se percibe la temperatura y la textura y se diferencian variaciones como la aspereza, movilidad, elasticidad y resistencia. Las maniobras empleadas son suaves, ligeras y profundas. Según sea el órgano a explorar.

VALVERDE, I. & MENDOZA, N. M.& PERALTA, I. C. (2017) Enfermería pediátrica (2da ed.)

2.3 Signos y síntomas

Para saber con exactitud que es un trabajo de parto antes debemos de comprender en la totalidad cómo y con base a que sabemos que es un embarazo, y si, en efecto, la causa del embarazo aunque muy pocas veces mencionada lleva una serie de procesos hormonales y físicos capaces de dar a conocer con suma credibilidad que una mujer está embarazada, aunada a las manifestaciones clínicas que se presentan en la mujer las pruebas médicas complementarias las cuáles serán las encargadas de dar un diagnóstico completo.

En este apartado hablaremos sobre los principales signos y síntomas que puede llegar a presentar a la mujer, las alteraciones del ciclo menstrual y los signos más notorios que requieran o no de estudios complementarios.

Pues bien, en el ciclo reproductivo femenino la ovulación va seguida de la menstruación en una secuencia cíclica previsible, si no ocurre un embarazo. Este proceso recurrente se establece durante la pubertad cabe destacar en este dato que la mediana de edad de la menarquia son 12 años y continúa hasta los años previos a la menopausia (la cual la mediana de edad ronda entre los 51 años).

Normalmente, los ciclos ovulatorios normales se establecen a los 3 años de la menarquia y se mantienen hasta la perimenopausia. Por lo tanto, entre los 15 y los 45 años, una mujer tiene aproximada mente 30 años de ciclos ovulatorios. Los ciclos reproductivos pueden interrumpirse por situaciones como el embarazo, la lactancia, enfermedades, trastornos ginecológicos y trastornos endocrinos, y por factores exógenos como los anticonceptivos hormonales y otros fármacos.

En el caso de nuestra investigación y relacionando el ciclo ovulatorio de la mujer, podemos establecer al primer signo de embarazo como la pausa o el cese del flujo menstrual, es decir que siendo la mujer de un ciclo regular ovulatorio los días veinte ocho más menos dos días se puede ya considerar como un riesgo o un posible embarazo.

Puesto que la hipotética embarazada mantuvo relaciones sexuales con el sexo opuesto y habiendo copulación y una eyaculación por dentro de la cavidad uterina, será de mucho más riesgo el afirmar un posible embarazo. Más sin embargo la falta de un período no siempre significa que una mujer está embarazada.

Las irregularidades menstruales son comunes y pueden tener diversas causas, incluidos el uso de píldoras anticonceptivas, las afecciones como la diabetes y el síndrome de ovarios poliquísticos, los trastornos alimenticios y algunos medicamentos.

Ante la falta de un período, las mujeres deben consultar a su proveedor de atención médica para saber si están embarazadas o si tienen otro problema de salud es por ello que una de las maneras de un diagnóstico certero se dará con mayor eficacia al poder detectar la hormona gonadotropina humana en los residuos de la mujer.

Los síntomas de embarazo varían de una mujer a otra. Una mujer puede experimentar todos los síntomas comunes, solo algunos o ninguno. Algunos de los signos de embarazo temprano incluyen estos tipos de señales como las pueden ser:

Sangrado leve: Un estudio muestra que hasta el 25% de las mujeres embarazadas experimentan un sangrado ligero o manchado, cuyo color es más claro que el de la sangre menstrual normal. Esto suele ocurrir en el momento de la implantación del óvulo fertilizado aproximadamente de 6 a 12 días después de la concepción, pero es común en las primeras 12 semanas de embarazo.

Mamas o pezones sensibles o hinchados: Las mujeres pueden notar este síntoma incluso 1 o 2 semanas después de la concepción. Los cambios hormonales pueden provocar dolor o sensación de hormigueo en las mamas. Las mamas también se sienten más grandes o más pesadas por el mismo proceso hormonal antes mencionado.

Fatiga. Muchas mujeres se sienten más cansadas al inicio del embarazo dado que sus cuerpos están produciendo mayores cantidades de una hormona denominada progesterona, la cual ayuda a mantener el embarazo y promueve el crecimiento de las glándulas que producen leche en las mamas.

Además, durante el embarazo, el cuerpo bombea más sangre para llevar nutrientes al feto. Las mujeres embarazadas pueden sentirse fatigadas incluso 1 semana después de la concepción.

Dolores de cabeza. El aumento repentino de hormonas puede producir dolores de cabeza en el inicio del embarazo, así como otras dolencias, sin embargo, esta es una que afecta por las hormonas disueltas, siendo una molestia muy común en las mujeres.

Náuseas o vómitos: Este síntoma puede comenzar en cualquier momento entre 2 y 8 semanas después de la concepción y puede continuar durante todo el embarazo. Aunque suelen denominarse “náuseas matutinas”, en realidad pueden ocurrir en cualquier momento del día.

Cambios en el estado de ánimo. Los cambios son comunes, ya que, al ser un proceso hormonal, se ve afectado gran parte del sistema y es así como las mujeres experimentan ciertas situaciones que hacen a que la mujer se vea afectada.

Estos son hormonales durante el embarazo a menudo causan cambios bruscos en el estado de ánimo. Esto puede ocurrir incluso a las pocas semanas de la concepción.

Micción frecuente: La necesidad de vaciar la vejiga con mayor frecuencia es común durante todo el embarazo. En las primeras semanas de embarazo, el cuerpo produce una hormona denominada gonadotropina coriónica humana, que aumenta el flujo sanguíneo a la región pelviana y hace que las mujeres tengan que orinar con más frecuencia dándole paso al tema, la micción frecuente que es manifestada en las mujeres durante el embarazo.

Antojos o aversiones a la comida: Tener un antojo repentino o de pronto sentir rechazo por alimentos que antes eran favoritos es común durante todo el embarazo. Un antojo o una aversión por un alimento pueden durar todo el embarazo o ir cambiando durante este período.

Muchos de estos síntomas también pueden ser signos de otras afecciones, el resultado de un cambio en las píldoras anticonceptivas o efectos del estrés, por lo que no siempre significan que una mujer está embarazada. Las mujeres deben visitar a su proveedor de atención médica si creen que están embarazadas. Por consiguiente, se pretende especificar que por al menos tres de estos signos y síntomas toman correlación a un embarazo a primera instancia.

2.4 Proceso de parto

Proceso de parto vaginal

En el contexto de la evolución y la valoración del parto, decidimos argumentar las fases en las que, se expliquen a detalle cada paso los sucesos y valoraciones que se puedan presentar en las siguientes etapas, pero para ello debemos de contar con conceptos básicos que nos ayuden a establecer una determinada línea de conceptos y aplicaciones, con esto iniciaremos definiendo lo que es un parto natural o un parto vaginal.

El trabajo de parto es el proceso que culmina en el parto. Empieza con el inicio de las contracciones uterinas regulares y termina con el parto del recién nacido y la expulsión de la placenta.

El término *trabajo de parto* en el contexto obstétrico asume diversas connotaciones en el idioma inglés. De manera indudable es verdad que tanto el embarazo como el parto son procesos fisiológicos y, como tales, el trabajo de parto y el parto se deben considerar normales en la mayoría de las mujeres (Lawrence, 2012).

Esta percepción del trabajo de parto y el parto como procesos fisiológicos se puso en tela de juicio en el decenio pasado puesto que se ha observado que los trastornos del piso pélvico son más frecuentes entre las mujeres que han tenido por lo menos un hijo (Handa, 2011; Nygaard, 2008).

Al comenzar el trabajo de parto, la posición del feto en relación con el canal de parto es fundamental para el tipo de nacimiento; por ello, aquélla debe definirse desde la etapa inicial del trabajo de parto. Algunas relaciones importantes incluyen situación, presentación, altura y posición del feto.

La relación entre el eje longitudinal del feto y el de la madre se denomina situación fetal y ésta puede ser longitudinal o transversa. En ocasiones, los ejes fetal y materno se cruzan a un ángulo de 45 grados, lo cual genera una situación oblicua. Esta última es inestable y se convierte en longitudinal o transversa en el

curso del trabajo de parto. En más de 99% de los trabajos de parto, la situación es longitudinal al término. Los factores que predisponen a una situación fetal transversa son multiparidad, placenta previa, polihidramnios y anomalías uterinas.

La primera etapa del trabajo de parto ocurre en dos fases: el trabajo de parto temprano y el trabajo de parto activo. Comúnmente, es la etapa más larga del proceso, todas las mujeres embarazadas deben saber cuáles son los principales signos del comienzo del parto: contracciones a intervalos regulares en la parte inferior del abdomen dolor de espalda

Toda mujer que ya ha tenido partos rápidos en embarazos anteriores debe ponerse en contacto con su médico apenas piense que está comenzando el parto. Las contracciones en la parte inferior del abdomen al principio pueden ser débiles, irregulares y muy espaciadas.

Pueden sentirse como dolores menstruales. A medida que pasa el tiempo, las contracciones abdominales se van haciendo más largas, más intensas y más próximas entre sí. Durante la etapa del trabajo de parto temprano.

La abertura del útero, llamada cuello uterino, comienza a afinarse y ensancharse, o dilatarse, las contracciones se hacen más fuertes, duran de 30 a 60 segundos y se producen cada 5 a 20 minutos, la mujer puede tener una secreción clara o ligeramente sangrienta, llamada "tapón mucoso".(Una mujer puede experimentar esta fase hasta por 20 horas, especialmente si va a dar a luz por primera vez).

Del lado contrario durante el trabajo de parto activo ocurren sucesos diferentes a los ya antes expuestos en el párrafo anterior, como por ejemplo: Las contracciones se vuelven más fuertes, más largas y más dolorosas, las contracciones se hacen cada vez más frecuentes, por lo que es posible que la mujer tenga tiempo para relajarse entre cada contracción, la mujer puede sentir presión en su espalda baja, el cuello uterino comienza a dilatarse con más

rapidez, el feto comienza a moverse hacia el canal de parto, proceso el cual se expone en líneas iniciales de este subtema del capítulo dos.

En la etapa dos, el cuello uterino alcanza la dilatación máxima, lo que significa que está lo suficientemente abierto para el parto (10 centímetros). La mujer comienza a pujar (o a veces se le dice que "presione hacia abajo") para ayudar al bebé a moverse a través del canal de parto, es en esta etapa donde se llegan a reflejar en su expresión de un umbral más doloroso las siguientes características:

- La mujer puede sentir presión en el recto a medida que la cabeza del bebé se mueva a través de la vagina.
- Puede sentir la necesidad de pujar, como si tuviera un movimiento intestinal.
- La cabeza del bebé comienza a mostrarse en la abertura vaginal (llamada "coronación").
- El proveedor de atención médica guía al bebé fuera de la vagina.

Por lo regular esta etapa puede durar entre 20 minutos y varias horas. Por lo general, dura más tiempo para las madres primerizas y para aquellas que reciben ciertos medicamentos para aliviar el dolor.

Una vez que el bebé sale, el proveedor de atención médica corta el cordón umbilical, que conectaba a la madre y al feto durante el embarazo.

En la etapa 3, se libera la placenta. La placenta es el órgano que le daba alimento y oxígeno al feto a través del cordón umbilical durante el embarazo. Se separa de la pared del útero y también sale por el canal del parto. La placenta puede salir por sí sola o puede requerir la ayuda de un proveedor.

Durante la etapa 3: Las contracciones comienzan de 5 a 10 minutos después del nacimiento del bebé. La mujer puede tener escalofríos o sentirse temblorosa.

Por lo general, la placenta tarda menos de 30 minutos en salir de la vagina. El proveedor de atención médica puede pedirle a la mujer que puje.

El ginecólogo en turno puede jalar suavemente el cordón umbilical y masajear el útero para ayudar a que la placenta se libere. En algunos casos, la mujer puede recibir medicamentos para prevenir el sangrado.

Este proceso al igual que los demás procedimientos realizados en un área intrahospitalaria posee un nivel de riesgo, que quizá no sea de alto riesgo, pero sí que pueda llegar a causar complicaciones, aun así, no se descarta que la gravedad del parto llegue a agravarse por situaciones como las que presentare a continuación.

Por citar una de dos complicaciones, la coagulación intravascular diseminada, es, es un síndrome caracterizado por el aumento de la actividad de los mecanismos hemostáticos normales, de carácter progresivo, desencadenados por varios estímulos y que tienen como consecuencia la deposición de fibrina en la microcirculación el sistema y se activa de manera secundaria.

Como resultado de tales procesos, varios factores de la coagulación son consumidos y estos determinan que sus niveles circulantes sean muy bajos. Los que con mayor frecuencia experimentan la disminución son: fibrinógeno, plaquetas y factores V, VIII y XIII. Su disminución puede generar una diátesis hemorrágica, denominada coagulopatía de consumo.

Este trastorno derivando de el desbalance a nivel molecular de sangre, plaquetas y nutrientes que se pueda dar después o durante el parto, cabe destacar que las muertes maternas provocadas en este último década son

ocasionada por hemorragias que no logran ser neutralizadas a tiempo, causando así complicaciones como los shock hipovolémicos.

De nueva cuenta y en cuestión de los riesgos que representan los casos de muertes maternas, la hipertensión durante el embarazo es una de las causas muy frecuentes de complicaciones en esta etapa de la mujer.

Y es que La enfermedad hipertensiva durante el embarazo forma parte, mundialmente, de las seis primeras causas de muerte materna. Es la primera causa de muerte fetal intrauterino y muerte neonatal e infantil, ya sea promoviendo el parto pretérmino, el crecimiento intrauterino restringido o cuando es indispensable la extracción fetal pretérmino en el curso de las formas clínicas graves de la enfermedad, en donde por cuestiones legales se antepondrá la vida de la madre antes que la del producto.

De forma didáctica y fácil se continúa agrupándola de igual modo que la Asociación Americana, es decir que para la identificación se toma en cuenta lo siguiente.

Hipertensión gestacional: Propia del embarazo, también llamada aguda y se identifican en dos grupos:

a) Preeclampsia.

b) Eclampsia:

En la actualidad se prescinde de los términos preeclampsia leve o grave, por el criterio generalizado de la gravedad que siempre se debe presuponer en esta.

La tendencia obstétrica mundial considera, con razón que al clasificarla en leve o grave, infunde en el médico de asistencia una subvaloración de riesgo de complicación en la llamada leve.

La alteración cardiaca es una de las tasas de relación a muerte fetal en la actualidad, puesto que sabemos que si se altera el ciclo cardiaco no solo se compromete la vida de la madre en cuestión de falta de nutrientes, si no que

recordemos que es la circulación materno fetal la que conlleva a dar una tasas de mortalidad alta donde se involucre vida de la madre y producto, esto gracias a la circulación materno fetal.

2.5 Violencia obstétrica

Millones de mujeres en México han experimentado la violencia obstétrica. Entre 2011 y 2016, el 33.4% de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto, sufrió algún tipo de maltrato por parte del personal que las atendió.

La mayor proporción de casos reportados se encuentran en el Estado de México, Ciudad de México, Tlaxcala, Morelos y Querétaro, citando ejemplos que se dan a nivel nacional, si no es que mundial, pero esta ocasión referiremos nuestras críticas a las clínicas y hospitales de Chiapas.

En especial en nuestro hospital materno infantil, buscando dar una respuesta a porque se ha dejado de lado a la humanización del parto y cómo podemos dar a conocer como una mujer puede defenderse legalmente de todo aquel maltrato que pueda recibir por parte del equipo de atención médica de un hospital.

La violencia obstétrica se define como una forma específica de violencia ejercida por profesionales de la salud (predominantemente médicos y personal de enfermería) hacia las mujeres embarazadas, en labor de parto y el puerperio. Constituye una violación a los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres.

Además del maltrato físico y verbal, otra de las formas de violencia en la atención obstétrica es la práctica injustificada de cesáreas: en México, de las 3.7 millones de mujeres a las que se les practicó este procedimiento quirúrgico, el 10.3% no fue informada de la razón, y al 9.7% no le pidieron su autorización para realizarla, esto quiere decir que la falta de información o el simple hecho de presentar un tacto vaginal sin antes consultarlo o pedir el consentimiento, o mucho más aún, hacerlo sin fundamento y sin necesidad también es signo de violencia obstétrica.

Estudios realizados por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) han documentado la violencia hacia las mujeres durante la atención del embarazo, parto y puerperio.

Muchas veces se suele escuchar esta frase y es que este fragmento es un párrafo ficticio citado como ejemplo recurrente de testimonios de mujeres en las salas de expulsión:

“Pregunté por la causa de la muerte de mi bebé, pero no quisieron darme ninguna explicación”, “Recuerdo vagamente que me dio una hoja de papel para firmar y tomó mi mano para poner mi huella digital sin ninguna explicación” o “Si estamos aquí, es solo porque no tenemos dinero”, son testimonios de las mujeres que han sufrido abusos por parte de profesionales al recibir atención en los servicios de salud.

Entre las situaciones de violencia que experimentan las mujeres durante la atención obstétrica, se encuentran:

- Maltrato físico
- Humillación
- Abuso verbal
- Procedimientos autoritarios para imponer un método anticonceptivo a las mujeres o para realizar una cesárea
- Violación a la confidencialidad
- Violación a la privacidad
- Obtención de consentimiento de forma involuntaria o con deficiencia en la información
- Negación al tratamiento
- Detención de las mujeres y los recién nacidos en las instalaciones debido a la imposibilidad para pagar

La violencia obstétrica, así como otras formas de violencia contra la mujer, representa un problema importante en el marco de los derechos de las mujeres y la lucha contra todas las formas de violencia de género.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2016), alrededor del 66% de las mexicanas de 15 años y más ha sufrido al menos un incidente de violencia emocional, económica, física, sexual o discriminación a lo largo de su vida.

Pero como parte de la evolución de los derechos de la mujer y como parte de la situación que hoy se manifiesta, hemos citado fragmentos de un libro en donde se presentan los motivos y el asesoramiento de cómo poder demandar o darle seguimiento a la violencia obstétrica que muchas veces ha generado muertes tanto en madre como en producto.

Como ya vimos, cualquier persona del equipo de salud puede ejercer violencia hacia la mujer durante la atención del parto, parto y posparto, y esta puede manifestarse de diferentes maneras: maltrato, intervenciones médicas injustificadas, falta de atención o consideración, de información sobre las prácticas médicas, del pedido de consentimiento informado o negar el derecho a estar acompañada durante todo el proceso del parto.

Es importante saber que, además de la ley de protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones Interpersonales también nos ampara la ley de parto humanizado y la ley de derechos del paciente en su relación con los profesionales e Instituciones de la salud.

Estas leyes son de cumplimiento obligatorio en todos los estados de México y en todas las instituciones de salud, tanto en el ámbito público como en el privado.

Muchas mujeres se acercan a preguntar si las denuncias proceden con eficacia y es que sí, pero, ¿Cómo realizar una denuncia si fuiste víctima de maltrato en el proceso del parto, parto o posparto o luego de un aborto? Pues

bien, se puede hacer un reclamo administrativo ante la CNDH, FG o cualquier institución penal.

Para aunar criterios, tomar acciones conjuntas y acordar iniciativas en pos de la difusión de las posibilidades y mecanismos de denuncia ante la violencia obstétrica. El trámite ante la cualquier institución legal es gratuito y solo se necesita presentar una nota con el relatando lo sucedido.

Esto puede hacerse personalmente, puede realizarse una auditoría en el establecimiento denunciado y, si corresponde, se formularán recomendaciones para procurar que las situaciones de violencia detectadas no vuelvan a suscitarse.

También es posible realizar una denuncia judicial. Para ello se necesita el patrocinio jurídico de un abogado. Estas opciones (reclamo administrativo o denuncia judicial) no son excluyentes.

Otra vía es a través de un reclamo administrativo ante la corte. Es un trámite gratuito que consiste en la presentación de una nota relatando lo sucedido, ya sea personalmente o por correo.

A partir de la denuncia realizada, la Defensoría puede iniciar una auditoría en la institución correspondiente y hacer las recomendaciones pertinentes para que las situaciones de violencia no se repitan.

La defensoría puede solicitar la intervención de otros organismos, como la secretaria de salud pública del estado, el Instituto Nacional contra la Discriminación, Xenofobia y el Racismo y entre otras más organizaciones que puedan estar relacionadas a la defensa de la integridad de la mujer.

Las posibles denuncias (para cualquiera se puede usar el mismo modelo de denuncia), son: Demanda judicial. Denuncia ante el Ministerio de Salud, dirigida al ministro. Reclamo ante la obra social o empresa de medicina prepaga. Queja asentada en libro de quejas de la institución. Denuncia sobre el/la profesional o los/as profesionales intervinientes (obstetras, obstétricas, neonatólogo/a, etc.) ante sus respectivas colegiaturas.

Estas son solo algunas de las situaciones que la mujer suele tener en las áreas hospitalarias, pero otros autores citan otros ejemplos, pero siempre coinciden con la importancia de la mujer y la agresión que se sufre, y es que podrá de las definiciones encontradas en la investigación la manifestaban como la posesión del cuerpo.

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres y otras personas con capacidad de gestar que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención obstétrica en los servicios de salud públicos y privados.

Consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico o psicológico durante el embarazo, parto y puerperio.

Cualquier acción u omisión que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos.

Las manifestaciones de la violencia obstétrica pueden ser físicas y psicológicas. Entre las primeras están las prácticas invasivas, como las cesáreas cuando se practican sin justificación, la esterilización no consentida o forzada, el suministro injustificado de medicamentos, el retraso de la atención médica de urgencia o la falta de respeto a los tiempos de un parto.

Entre las segundas se encuentran actos discriminatorios, uso de lenguaje ofensivo, humillante o sarcástico, falta de información oportuna sobre el proceso reproductivo y trato deshumanizado.

2.6 Parto fortuito

El parto fortuito es el que sucede espontáneamente, de manera imprevista, sin que existan condiciones óptimas para la madre y su hijo, sin asistencia médica y/o manejo estéril. La morbimortalidad en la literatura médica es del orden de 21% y 7.9%, respectivamente. Los recién nacidos fortuitos usualmente presentan peso adecuado para la edad, y son productos de término nacidos fuera del hogar. La prevalencia es fluctuante según la región, y varía de 0.078% hasta el 8%. Algunos autores han estudiado los antecedentes de madres que tienen partos fortuitos; como la edad materna, el estado civil, escolaridad y ocupación, encontrando en general que son mayores de 18 años, casadas, estudian en promedio nueve años (secundaria), y con trabajos donde perciben salarios mínimos. Con frecuencia presentan antecedentes positivos de tabaquismo y alcohol, pobre control prenatal y antecedentes de aborto e infecciones.

El parto accidental no hospitalario es una condición que se presenta prácticamente en todos los países con variaciones en su frecuencia en relación inversa con el grado de desarrollo humano del país o microrregión. No obstante, existen patrones que se repiten entre los diferentes estudios publicados: mujeres pobres, con baja escolaridad, sin control prenatal, multíparas, con una gran distancia por recorrer entre el domicilio y el hospital o con fallas en el acceso a un medio de transporte, así como deficiencias en el sistema de atención ambulatoria prehospitolaria.

La salud materna y sus desviaciones, como el parto fortuito, son indicadores sensibles del funcionamiento integral del sistema de salud en el que participan factores médicos, económicos y socio-culturales, lo que le convierte en un evento centinela excelente para evaluar el acceso y la calidad de la atención obstétrica en los servicios de salud.

A diferencia de lo que pudiera esperarse, el parto accidental fuera del hospital no es exclusivo de los países pobres, por el contrario, es un suceso con una amplia distribución mundial (Cuadro 3). No obstante que en los países más

desarrollados su frecuencia es muchas veces menor que en los países con desarrollo bajo existe Revista CONAMED, vol. 19, núm. 2, abril-junio 2014, pags. 67-77 75 Parto fortuito, su análisis en México Villanueva-Egan LA. coincidencia en algunos factores determinantes identificados: población de los estratos de menor nivel socioeconómico, habitantes del medio rural, control prenatal deficiente o ausente, gran multiparidad y lejanía entre la unidad de atención obstétrica y la comunidad. De lo anterior se desprende que además de los elementos de carácter biológico, pensando en el parto precipitado como una condición frecuentemente imprevisible tal como lo observaron en situaciones distintas Rodie¹¹ y Almeida²¹, el parto accidental no hospitalario es resultado de la orientación y adecuada implementación de la política pública en salud reproductiva, principalmente en lo referente a la inclusión de los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad en los servicios de salud: la disponibilidad y acceso a la información, servicios y métodos para evitar la multiparidad; la oportunidad y calidad de los servicios de atención prenatal y obstétrica y las acciones de salud vinculadas con la participación comunitaria, entre las que destacan la promoción del autocuidado de las mujeres embarazadas a través de la identificación de señales de alarma, la elaboración de un plan de seguridad haciendo partícipe a la familia y la garantía del traslado, diligente y acompañado por personal calificado, a una unidad de atención de urgencias obstétricas cuando se requiera. En el caso de un parto accidental en el hogar o en el trayecto al hospital, la rapidez con la que reciban, la mujer y el recién nacido, atención por personal calificado es el factor pronóstico determinante. En este sentido, la calidad de los servicios ambulatorios prehospitalarios juega un papel fundamental. De esta manera, es necesario destacar la importancia de la sinergia entre estos cuatro elementos concatenados: la participación comunitaria, la garantía del acceso universal efectivo y asequible, la calidad de los servicios y el sistema de referencia. Si alguno de los elementos no es debidamente atendido, el resultado no será el esperado. De manera que no es un área hospitalaria, los cuidados previos quedan de lado y se convierten en medidas de protección que garanticen a la

madre y ahora el producto a término una vida sustentable, es en estas partes donde surge la incertidumbre, donde se enfoca más en cuidar la pérdida de calor del producto y sobre todo, evitar la contaminación y la infección en el recién nacido, mediante la circunstancia dada, el niño no está apto para lidiar con las enfermedades y al estar en un ambiente no estéril provoca un grado más alto en el riesgo de contraer enfermedades.

Por otra parte, debido a las diferencias evidentes en términos de resultado de las distintas variedades incluidas en el concepto “parto fortuito” es conveniente desglosarlo y sustituirlo por otros más descriptivos y relacionados con los utilizados internacionalmente. Aun el término “parto accidental fuera del hospital” incluye condiciones diametralmente distintas que requeriría una estratificación adicional: el pronóstico materno y perinatal varía entre un parto domiciliario no planeado en un país o microrregión donde el acceso a personal calificado y la transferencia a servicios hospitalarios se efectúa con celeridad, que otro en donde la mujer pare en condiciones precarias de higiene y sin acceso rápido a personal calificado o a un transporte que la refiera a una unidad de salud, como sucede frecuentemente en ambientes caracterizados por la pobreza extrema. Elaborar mejores definiciones permitirá conocer la frecuencia, magnitud y trascendencia del problema con claridad, evitando el subregistro; contar con información más útil para el diseño de intervenciones preventivas específicas, poder explorar tendencias y medir resultados, además de poder compartir la experiencia nacional con la generada internacionalmente. Actualmente, las plataformas disponibles de información en salud en México no permiten identificar cada uno de los distintos escenarios. En este sentido, de la experiencia internacional reciente se recoge la revisión 2003 del Certificado de Nacimiento en Estados Unidos de América en la que se añadió una variable que permite identificar el estatus de planeación en relación con el sitio donde ocurre el nacimiento, de esta manera es posible distinguir y caracterizar a los partos domiciliarios planeados y no planeados. Finalmente, los partos que ocurren en forma accidental fuera del hospital debido a fallas del sistema de salud (evento centinela) como son la escasez de recursos o el manejo ineficiente de los

mismos; La valoración deficiente de las mujeres en trabajo de parto y el desinterés y otras formas de maltrato por parte del personal de salud, representan condiciones de desigualdad, particularmente en lo referente al acceso y utilización de los servicios, en las que frecuentemente subyace una raíz de discriminación y que, por lo mismo, no pueden ser toleradas y deben ser corregidas en forma adecuada al nivel de la responsabilidad.

Bibliografía

Luis Alberto Villanueva-Egan, E. M.-A.-F. (2014). Parto fortuito: definiciones, características y resultados. *CONAMED*, 11.

2.7 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El enfermería el arte y el cuidado son dos cosas que van de la mano, y es en estas situaciones donde el ser humano requiere de las técnicas apropiadas y sobre todo del amor y humanización que debe de sostener una mujer gestante, es el cuidado la esencia del parto humanizado, si bien no se había tocado el tema con su totalidad en este apartado consideramos anexar una introducción antes de retomar los cuidados que se proporcionan de manera humanizada, es decir que en este espacio dedicaremos la atención a las acciones que una enfermera debe de realizar, nos referimos a, que si bien no se abordarán temas del parto humanizado durante la labor previa del producto si haremos énfasis en el proceso de la atención de la mujer, no solo desde la perspectiva del parto si no desde la concepción.

La clave de la mejora del paciente se da por medio del diagnóstico oportuno de las enfermedades o de un plan de acción para mejorar la calidad de vida del paciente, por ello hemos retomado ideas principales de un catálogo de enfermería, en donde sentamos bases a partir de formatos PLACE, los cuales abordan en la mayor parte acciones las cuales la vida de la madre y la del producto se preservan a futuro, esta no es más que una serie de eventos y de cuidados que parten desde la información previa a la madre para prevenir cualquier evento adverso , y así como el cumplimiento de las normas que puedan regir el cuidado perinatal.

Pues bien, las principales causas de mortalidad materna son prevenibles, y se cuenta con los conocimientos y la tecnología necesarios para lograr su reducción. Para conseguir el cumplimiento de las metas de disminución de la mortalidad materna y perinatal debe darse una oportuna atención durante la gestación, el parto y el puerperio; manejar los riesgos asociados con la maternidad y el recién nacido.

El control prenatal es la principal pauta que los profesionales de salud ofrecen a las madres para garantizarles una gestación supervisada, que permita

que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo. Este seguimiento tiene como fin reducir la mortalidad materna y establecer parámetros mínimos que garanticen una atención con calidad, además de prevenir y controlar los factores de riesgo biopsicosociales que inciden en el mencionado proceso. Se ha comprobado que el control prenatal modifica la incidencia de bajo peso al nacer y prematuridad en los neonatos; al igual que, identifica los factores de riesgo de la gestante y su hijo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo. Implica no solo el número de visitas, sino cuándo fueron realizadas durante el transcurso del embarazo y con qué calidad. Las alteraciones durante la gestación pueden ser detectadas mediante las actividades que realiza el profesional de enfermería en el control prenatal. Por ello, esta guía que hoy se presenta recoge evidencia científica de lo que debe hacer el profesional de enfermería en el control prenatal; se compone de seis capítulos, cada uno con recomendaciones para que se convierta en derrotero de trabajo y de posicionamiento de los profesionales para detectar a tiempo, prevenir, diagnosticar y tratar de manera disciplinada los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, puesto que son partes de diagnósticos en donde se especifica a detalle cada acción que se pueda tomar en cuenta para la mejora de la calidad en la atención.

Como ya se mencionó en el párrafo anterior, las cualidades que una madre debe de tener, es en punto principal, el manejo del entorno y control que pueda tener con la situación y prever que el producto y ella misma puedan tener facilidades en adaptación de su organismo que previamente generaran una fusión en donde estarán ligados, la madre deberá de estar informada de los cambios y algunos cuidados que pueda llevar a cabo.

Como tal pretendemos como objetivo, establecer y conocer la guía de trabajo para profesionales de enfermería, instituciones de salud, aseguradores y academia que sirva como fuente de trabajo y que mejore la calidad del cuidado de enfermería para la población de mujeres gestantes.

Brindar orientación bajo evidencia científica a los profesionales de enfermería sobre las pautas para tener en cuenta en el cuidado prenatal de enfermería durante el periodo de la gestación, de acuerdo con los cambios psíquicos y físicos que se presenten, brindar a las mujeres gestantes y a su acompañante conocimiento sobre el autocuidado en la etapa de gestación, reconociendo las prácticas culturales que practique cada pareja, contar con herramientas para la detección temprana de factores de riesgo psicosocial y biológico en mujeres que inician el control prenatal de manera tardía, para evitar complicaciones en la gestación y el nacimiento, reforzar en los profesionales de enfermería la importancia de la inclusión del hombre en el proceso de la gestación y establecer las condiciones necesarias para que su participación sea eficaz y se fortalezca el vínculo madre, padre e hijo.

El control prenatal es la acción que se lleva a cabo para la detección oportuna y control de factores de riesgo obstétrico, algunos de estos son, la anemia, preeclampsia, infecciones cervicovaginales, infecciones urinarias, hemorragia del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino entre otras alteraciones que se pueden presentar durante el embarazo, como lo menciona la NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM-007-SSA2-1993, Atención a la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién Nacidos. Detectar oportunamente embarazos de alto riesgo, disminuir la incidencia de la emergencia obstétrica y la mortalidad materna es el resultado de brindar una atención de calidad en cualquier unidad de salud de los sectores público y privado, así también que la atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud. La importancia del control prenatal en el primer nivel de atención contribuye de manera significativa en el estado de salud de la madre al llevar a cabo la atención prenatal con enfoque de riesgo. Las competencias del profesional de enfermería permiten la identificación y manejo oportuno, disminuyendo así las complicaciones de la madre y el neonato, contribuyendo a disminuir los índices de mortalidad materna y perinatal. El papel que desempeña el profesional de enfermería en el primer nivel de atención requiere de acciones basadas en

evidencias del cuidado para el control prenatal y contribuir en una atención holística a la mujer embarazada con un enfoque preventivo sobre el conocimiento de signos y síntomas de alarma que ponen en peligro la vida de la mujer embarazada y del neonato.

Los diagnósticos que se presentan a continuación son pruebas ya antes realizadas donde se evalúan los estados fisiológicos de la mujer, aplicando desde la promoción de la salud, hasta el resultado de las intervenciones y cuidados que se deben de realizar.

Desarrollo ineficaz de la mujer

Actividades

Informar y orientar a la embarazada y pareja sobre: La importancia del control prenatal y proporcionar información objetiva sobre cada una de las etapas del embarazo. La identificación de los diferentes roles durante el período de vida, como es el embarazo. La importancia de modificar conductas de salud para la aceptación del rol del embarazo y el rol de padres. Informar sobre las ventajas del taller de parto psico profiláctico. Orientar a la pareja para que acuda a clubs de embarazadas. Monitorizar la participación de la pareja durante el desarrollo del embarazo. Enseñar a la familia los cuidados de la mujer durante el embarazo. Orientar a la familia sobre la adaptación de roles, tanto de los padres, como de los hijos mayores. Orientar a la familia a generar un ambiente confortable para la embarazada, como: técnicas de relajación, aromaterapia, ejercicio moderado, yoga, entre otros. Orientar a la familia para que exprese actitudes empáticas con los sentimientos de la pareja. Orientar sobre la importancia de cumplir con las recomendaciones del control prenatal para tener un embarazo saludable libre de riesgos para la madre y el producto de la concepción.

El parto es un proceso innato, fisiológico y natural. Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que son desencadenados al final de la gestación y tiene por objeto la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía natural (o canal del parto) hacia el exterior. El parto

se compone de tres etapas principales la primera cuenta con dos fases (inicial y activa) la etapa segunda y tercera constituyen el alumbramiento del bebe y la expulsión de la placenta. El derecho a un parto seguro y digno debería ser reconocido como derecho universal de las mujeres. Actualmente los procedimientos médicos que se utilizan en los hospitales públicos y clínicas privadas son peligrosos y humillantes y atentan contra los derechos humanos más básicos de las mujeres, son violaciones contra los derechos de niños y niñas a nacer en un entorno agradable, seguro y sin dolor. Al movilizarse, hablar, cantar, gritar, tomar la posición que quieran. Se debe dejar que el parto fluya de acuerdo a su comodidad y gusto particular sin tener que cumplir con las arbitrarias normas institucionales. El parto no es seguro cuando los deseos de la madre toman un segundo lugar frente a las rutinas de quienes asisten el parto. El parto en posición ginecológica, facilita la intervención del médico, sin embargo, las posiciones verticales dan más amplitud, al canal del parto, mejor ángulo de encaje de la presentación, diámetros mayores, menor presión intravaginal, acción de la gravedad más favorable, fuerza de pujo mayor, reducción de episiotomías, menores partos asistidos con fórceps y vacuum y mejores índices de Apgar

Dolor agudo de trabajo de parto.

Factores relacionados:

El proceso de trabajo de parto y agentes biológicos, químicos, físicos, psicológicos que producen el término de la gestación.

Actividades:

Informar a la embarazada acerca del tipo de dolor, duración de las contracciones y como aumentara en intensidad y frecuencia y las incomodidades que se esperan debido al procedimiento. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor como el miedo, fatiga, falta de conocimientos, entre otros. Enseñar los principios de control del dolor. Recordar a la embarazada las técnicas de respiración y relajación durante la atención del

parto. Fomentar la importancia de la deambulaci3n durante el primer periodo de trabajo de parto. Monitorizar la ruptura de membranas. Preparar a la paciente para la atenci3n del parto de acuerdo a protocolo institucional o preferencias de la paciente de acuerdo a su cultura. Realizar maniobras de Leopold para determinar la posici3n fetal. Monitorizar peri3dicamente las condiciones del feto durante el periodo de trabajo de parto como la frecuencia cardiaca durante y despu3s de las contracciones para detectar aceleraciones o desaceleraciones. Cada 30 o 60 minutos la frecuencia fetal al inicio del trabajo de parto. Cada 15 a 30 minutos en el segundo periodo de trabajo de parto. Cada 5 a 10 minutos en el tercer periodo de trabajo de parto. Cuidar y fortalecer el v3nculo de la madre con el feto. Detectar oportunamente factores que pongan en riesgo la vida del feto o producto de la gestaci3n. Realizar examen vaginal para valorar el avance de la dilataci3n y borramiento. Monitorizar los signos vitales maternos durante todo el proceso de parto. Mantener el v3nculo inmediato de la madre con el reci3n nacido. Estimulaci3n al feto con: comunicaci3n verbal, t3ctil y auditiva al inicio de trabajo de parto. Utilizar m3todos no farmacol3gicos para la disminuci3n del dolor, como: inmersi3n en agua durante el periodo dilatante, as3 como la acupuntura, acupresi3n, hipnosis, masajes, relajaci3n, aromaterapia, audio analgesia, agua caliente, cambios de posici3n, entre otras, para mejorar ala frecuencia cardiaca fetal, amplitud del canal del parto, contracciones uterinas m3s eficaces, fuerza de pujo mayor, menor presi3n intravaginal, mejor 3ngulo de encaje de la presentaci3n, no compresi3n de los grandes vasos maternos, mejor oxigenaci3n y equilibrio acido – b3sico materno fetal, mejor 3ndice de Apgar, entre otros beneficios.

Parto de bajo riesgo: Respetar la decisi3n de la mujer embarazada de elegir el tipo de asistencia que desea durante el embarazo y proceso de parto. Brindar una atenci3n humanizada del parto y nacimiento con respeto a su individualidad, tradiciones, lenguaje y otros factores de la cultura. Permitir la atenci3n del parto de manera coordinada con la partera o comadrona, en caso de ser atendido en el hogar. Permitir al padre o a una persona de confianza de la embarazada que la acompa3e y d3 apoyo continuo durante el trabajo de parto y

el nacimiento para favorecer un parto vaginal espontáneo y disminuir la duración de la labor del parto, el uso de anestesia, la probabilidad de la cesárea y aumentar la satisfacción de la mujer. Respetar la elección de la mujer embarazada sobre la persona que la acompañará en el proceso de parto. Respetar la privacidad, dignidad y confidencialidad de la mujer embarazada. Conducir el parto en casa o en área hospitalaria en una atmosfera de respeto y seguridad. Se recomienda no realizar rasurado del vello pubiano ni enema antes del parto. Motivar a que el padre participe activamente durante el trabajo de parto, si es en el hogar, permanecer junto a la mujer en trabajo de parto durante todo el proceso. Permitir a la embarazada la libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto y parto. En la unidad de parto natural: Inicia trabajo de parto, dar a luz y recuperarse en la misma habitación para mantener el vínculo de la madre con el recién nacido. Durante el periodo expulsivo, atender el parto en posición cómoda, la que sea de preferencia de la embarazada, tales como: vertical, cuclillas, hincada o de rodillas, de rodillas vertical o con la variación a la posición en cuatro puntos con los hombros y la pelvis al mismo nivel o en la posición ginecológica tradicional. Tratar al máximo de reducir el trauma perineal con masaje prenatal del periné, ejercicios de Kegel, lenta expulsión de la cabeza del bebe, sostener el periné, mantener la cabeza flexionada, extraer los hombros uno a la vez, para evitar al máximo la episiotomía y la parturienta tenga menos trauma perineal, dolor y molestias, menos sangrado, menor riesgo de infección y complicaciones en el puerperio.

Evitar en lo posible la episiotomía para reducir riesgos y complicaciones en el puerperio como: desgarros del esfínter anal o vaginal, relajación del musculo del suelo pélvico, incontinencia urinaria, dolor puerperal, entre otros; aumenta la probabilidad de pérdida sanguínea en mayor cantidad, de utilizar sutura e instrumentos para el parto, infección de la herida o fetales, dolor durante el acto sexual, entre otros.

Al nacimiento, cuidados al recién nacido: Recibir al recién nacido. Aspiración de secreciones. Cubrir inmediatamente con sabanas tibias o calientes

con calor seco para mantener el calor corporal. Esperar de 1 a 3 minutos hasta que deje de latir el cordón umbilical para hacer el corte a fin de permitir que los pulmones inicien su función y prevenir la necesidad de transfusión sanguínea, niveles bajos de anemia, mayor oxigenación cerebral, parálisis cerebral, síndrome de dificultad respiratoria, membrana hialina, hemorragia cerebral y en un futuro trastornos de aprendizaje y deficiencia mental, entre otros trastornos. Aplicar profilaxis oftálmica. Iniciar el contacto piel a piel del binomio para reducir el llanto al nacer, mejorar la interacción entre la madre y el recién nacido y mantenerlo caliente. Iniciar con la lactancia materna, propiciando el reflejo de succión. El parto de bajo riesgo atendido en casa asistido por una partera con capacidad y habilidad es igual de seguro a un parto atendido en un hospital. Registrar los procedimientos, respuestas humanas y resultados obtenidos de los cuidados proporcionados a la embarazada y recién nacido, así como la información proporcionada a la pareja o familiar corresponsable, en el formato de registros clínicos de enfermería acorde a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, o NOM-004- SSA3-2012 del Expediente Clínico publicada el 15 de octubre de 2012.

Riesgo de sangrado durante el parto: Coagulopatías, como. Placenta previa, desprendimiento de placenta, procedimiento quirúrgico de cesárea, trombocitopenias, trauma quirúrgico, deficiencia de plaquetas, disminución de hemoglobina, desgarre perineal, entre otros.

Actividades: Preparar al equipo de respuesta rápida en caso de presentarse una emergencia obstétrica. Disponer y asegurarse que la caja roja este completa. Monitorizar la evolución de la atención del trabajo de parto, nacimiento y alumbramiento por si se produce hemorragia obstétrica. Observar si hay presencia de signos y síntomas de sangrado mayor a 500 ml. Monitorizar los signos vitales frecuentemente, principalmente la presión arterial. Monitorizar estado de conciencia con escalas reconocidas nacional e internacionalmente. Monitorizar las condiciones del producto de la gestación hasta el nacimiento. Mantener vías intravasculares permeables. Ministración de líquidos y control de

los mismos. Registrar los procedimientos, respuestas humanas y resultados obtenidos de los cuidados proporcionados a la embarazada e información proporcionada a la pareja o familiar corresponsable, en el formato de registros clínicos de enfermería acorde a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, o NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico publicada el 15 de octubre de 2012.

Riesgo de sangrado tras vaginal: Coagulopatías, como. Placenta previa, desprendimiento de placenta, procedimiento quirúrgico de cesárea o cesárea previa. Trombocitopenias, trauma quirúrgico, deficiencia de plaquetas, disminución de hemoglobina, desgarre perineal, entre otros.

Actividades:

Monitorizar signos vitales frecuentemente principalmente la presión arterial. Monitorizar las características de los loquios, cantidad, olor y presencia de coágulos. Monitorizar la presencia de datos o signos y síntomas de infección, como: fiebre. Monitorizar la eliminación urinaria, características y cantidad. Monitorizar la involución uterina por lo menos cada 30 minutos. Colocar al bebe contra el pecho de la madre para estimular la producción de oxitocina. Orientar sobre la importancia del consumo de líquidos y fibra en la alimentación para evitar el estreñimiento. Fomentar la deambulación precoz para promover la movilidad intestinal y orientar al familiar sobre la importancia de ésta. Monitorizar la herida de episiotomía y las características como la presencia de enrojecimiento de la zona, edema, equimosis o algún otro dato que indique alguna alteración. Colocar hielo local, en caso de ser necesario para disminuir el proceso inflamatorio de la episiotomía. Reforzar la información y la técnica de la higiene general y principalmente perineal para disminuir el riesgo de infección de la episiotomía, así como el mal olor producido por los loquios. Administrar analgésicos en caso de dolor y monitorizar la respuesta. Orientar y enseñar a la paciente y pareja sobre los cuidados del recién nacido, como: alimentación, sueño, higiene, vacunación, Tamiz neonatal, posturas convenientes, prevención de muerte de cuna, vestido, entre otras. Orientar a la paciente y pareja sobre la detección

oportuna de manifestaciones de depresión posparto, durante los 42 días del puerperio, así también deberán acudir a la clínica de atención médica correspondiente en caso de presentarse. Informar a la paciente y pareja respecto a la actividad sexual y cuando la podrá reanudar, así también sobre los métodos anticonceptivos que puede utilizar, como: el preservativo o condón masculino o femenino, anticonceptivos hormonales orales como las píldoras, los inyectables el dispositivo Intrauterino (DIU), entre otros. Programar las visitas domiciliarias de seguimiento para retroalimentar la información acerca del cuidado del recién nacido, lactancia materna, planificación familiar, alimentación de la madre y control de peso, entre otros.

Riesgo de Infección de herida perineal o quirúrgica: Infección de vías urinarias recurrentes, vaginosis bacteriana, enfermedades de transmisión sexual y del grupo TORCHES, entre otras. Factores del proceso de parto: Ruptura prematura de membranas, ruptura prolongada de membranas, trabajo de parto prolongado, condiciones higiénicas insuficientes, retención de restos placentarios, desgarros en la zona perineal, higiene deficiente del periné o herida quirúrgica, infecciones en el canal de parto, técnicas de asepsia y antisepsia deficientes, condiciones higiénicas insuficientes del área física donde se proporcionan los cuidados inmediatos al recién nacido y la puérpera, entre otras.

Capacitar a la paciente y familia sobre lavado de manos social y medidas higiénicas básicas tanto en la hospitalización como en el hogar. Orientar a la paciente y familia sobre la identificación oportuna de factores de riesgo que vulneren el desarrollo de la infección, así como los signos y síntomas, a través de pláticas, exposiciones, rota folios, videos, trípticos, plan de alta, entre otros. Orientar en cómo puede observar y detectar oportunamente signos y síntomas de infección en herida quirúrgica, como: dolor, coloración, temperatura, presencia de secreción, edema, hematoma. Fomentar una ingesta nutricional suficiente rica en proteínas, fibra y líquidos de acuerdo a sus posibilidades. Orientar a la puérpera sobre las características de los loquios normales: cantidad, olor, color y reconocer los cambios que puedan indicar riesgo de infección. Capacitar a la

puérpera sobre la higiene efectiva en la zona perianal y/o quirúrgica para evitar infecciones, mantener el perineo seco, aplicar frío en la zona, calor seco, cambios de toalla sanitaria frecuente. Registrar los procedimientos, respuestas humanas y resultados obtenidos de los cuidados y la orientación proporcionados a la puérpera y a la pareja o familiar corresponsable, para la prevención de infecciones durante el puerperio en el formato de registros clínicos de enfermería acorde a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, o NOM-004- SSA3-2012 del Expediente Clínico publicada el 15 de octubre de 2012.

Bibliografía

Becerra, M. d. (2012). *Segundo Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería*. México D.F.: D.R. © Secretaría de Salud 2012.

2.8 Tipos de parto

- Parto natural o vaginal

Comienza espontáneamente, se desarrolla y termina sin complicaciones y culmina con el nacimiento del niño. No implica más intervención que el apoyo integral y el respeto al nacer.

A veces, a pesar del inicio normal del trabajo de parto, todavía se necesitan medicamentos para mantener seguros a la madre y al bebé y ayudar al progreso del trabajo de parto. En algunos casos induce o induce el parto.

- 2. Dispositivo de parto vaginal

Es la aplicación de un instrumento sobre la cabeza del feto para extraerlo y ayudar en la rotación de la cabeza, así como acortar el parto, por indicaciones de la madre, el riesgo del feto, o la progresión del trabajo de parto incompleto.

Con un dispositivo que permite doblar y tirar de la punta. No se puede aplicar a partos prematuros menores de 34-36 semanas. En estos casos, es preferible utilizar abrazaderas. La abrazadera permite la rotación o rotación de la cabeza fetal, así como cierta tracción y flexión. Es mejor usar fórceps cuando se realiza una prueba de pH craneal para verificar la salud del feto.

- Nacimiento por cesárea

Una cesárea es cuando se hace una incisión en la pared abdominal y el útero para facilitar el parto del feto.

Se puede programar un parto por cesárea en una fecha específica (electiva) antes de que comience el trabajo de parto por razones relacionadas con la salud de la madre o el feto. También puede estar indicado en casos de trabajo de parto (parcial o recurrente) de origen fetal, materno o mixto (asimetría pélvica y fetal, mareos de parto, insuficiencia cervical, etc.). En los casos en que se sospeche un riesgo para la madre o el feto que requiera la interrupción inmediata del embarazo, ya sea antes o durante el parto, nos referimos a la cesárea de

emergencia. Se indica una cesárea de emergencia debido al riesgo para la supervivencia de la madre y/o el feto.

Se puede hacer una incisión abdominal o una incisión longitudinal (por debajo de la línea media, en algunos casos especiales). Durante la cirugía, se le administrará una dosis preventiva de antibióticos y medicamentos para ayudar a que el útero se contraiga después de que nazca el bebé, ya que el riesgo de sangrado es mayor que con un parto vaginal. Los hilos de la piel se absorben en la piel, por lo que no es necesario quitarlos después. Una vez que se complete el procedimiento, estará en la caja de anestesia durante una o dos horas hasta que se revierta el bloqueo del motor. El bebé puede juntar con la madre en el contacto piel con piel y comenzar a amamantar.

El proceso de piel con piel mejora la transición del bebé a la vida fuera del útero, promueve el éxito de la lactancia materna, aumenta los niveles de oxitocina al mejorar las contracciones uterinas y mejora ligeramente el vínculo con el bebé. Por eso es que se busca facilitar el contacto piel con piel durante una cesárea, idealmente sin interrupción.

2.9 Fisiología del parto vaginal

En el proceso de parto, según la posición y presentación que tenga el feto, y el cómo se acomoda para poder pasar por el canal vaginal, el feto deberá que tener el diámetro adecuado y ajustado según el tamaño de la pelvis en cada plano. Esto hace que el parto gire de manera que este se adecúe a las medidas ideales del proceso.

En cuanto a los proceso que cuentan con una presentación cefálica, alrededor del 95% de los casos suelen ser así, está también es conocida modernamente como una presentación de vértice u occipucio, donde básicamente la fontanela es quien ayuda a guiar el proceso y hace que se realice de manera más natural.

ACOMODACIÓN

Es una maniobra realizada en donde la cabeza del producto logra entrar en contacto con la parte estrecha superior de la pelvis. Puesto que El diámetro a este nivel es mayor el descendimiento puede facilitar el proceso de manera transversal, aunque casi de las mismas dimensiones son oblicuos la cabeza del feto orientara su diámetro sagital a este punto, lugar en donde se prepara la expulsión con la cabeza por delante. La orientación que se lleva a cabo por medio de rotaciones se conoce como proceso de adaptación, este principio ayuda principalmente a una salida fácil y anatómicamente se realiza el encajamiento.

El punto guía dirige la fontanela menor y esta no se situará en este momento de manera céntrica en la pelvis, sino que se acomodara de manera lateralizada, esto se debe a que aún no es preciso que la cabeza se flexione al máximo ya que, sobra espacio y se mantiene cierto grado de subflexión, que se muestra por el movimiento periférico de la fontanela lambdoidea.

La acomodación es recurrentemente asociada al grado de flexión lateral del cuello feta, lo que hace que la sutura sagital de su cabeza no quede totalmente centrada en la pelvis, sino que se ponga de manera lateral de un lado,

lo que hace que el parietal del otro lado quede más centrado y descendido en la pelvis, es lo que se denomina asinclitismo de la cabeza fetal.

Durante el descenso la presión del miometrio, el cual se encuentra contraída en la zona del fondo y cuerpo uterino, por ende, cuando existe una zona de menor resistencia esta se constituirá en el canal de parto, por lo cual, el feto será empujada hacia la salida de la pelvis, también

2.10 Proceso de parto

En el contexto de la evolución y la valoración del parto, decidimos argumentar las fases en las que, se expliquen a detalle cada paso los sucesos y valoraciones.

Iniciamos esta primera etapa se da lugar con la rotura de las membranas cori amnióticas o la pérdida del tapón mucoso lo cual confirma el diagnóstico de inicio del trabajo de parto. Las pérdidas preparto son caracterizadas por pequeñas cantidades de sangre con moco a través del cuello uterino y pueden preceder al trabajo de parto hasta 72 horas. Las pérdidas de sangre preparto pueden diferenciarse de los diferentes tipos de sangrado vaginal durante el tercer trimestre porque la cantidad de sangre es pequeña, las pérdidas en general vienen mezcladas con moco y falta el dolor característico del desprendimiento prematuro de placenta. En estos casos, el tacto vaginal está contraindicado, y debe realizarse una ecografía lo más rápidamente posible, dando como diagnóstico un parto prematuro.

En complemento el trabajo de parto comienza con contracciones uterinas irregulares de intensidad variable; a simple inspección ablandan el cuello y comienzan a borrarlo y dilatarlo. A medida que el trabajo de parto progresa, las contracciones aumentan su duración, su intensidad y su frecuencia.

Los estadios del trabajo de parto sirven para delimitar las partes fundamentales y establecer los parámetros y posibles riesgos que se puedan tomar los estadios son:

Fase latente, es aquí donde las contracciones irregulares se vuelven progresivamente más coordinadas, las molestias son mínimas y el cuello se borra y se dilata unos 4 cm. El tiempo de la fase latente es difícil de precisar y su duración varía, en promedio, 8 h en las nulíparas y 5 horas en las multíparas; la duración se considera anormal si persiste por más de 20 horas en las nulíparas o mayor a las 12 horas en las multíparas.

La segunda es la fase activa y en esta el cuello se dilata completamente y la presentación desciende hacia la pelvis media. Se estima que, la fase activa dura 5 a 7 horas en las nulíparas y 2 a 4 horas en las multíparas. En el parámetro tradicional, se esperaba que el cuello uterino se dilatara alrededor de 1,2 cm por hora en las nulíparas y 1,5 cm por hora en las multíparas. Sin embargo, datos recientes y en nuevas investigaciones sugieren que la progresión más lenta de la dilatación cervical de 4 a 6 cm por lo cual puede ser normal. Para una correcta evaluación y diagnósticos los exámenes pelvianos se realizan cada 2 a 3 horas para evaluar la progresión del trabajo de parto. La falta de progresión en la dilatación y el descenso de la presentación pueden indicar una distocia o pelvis platinoide (desproporción feto pelviana), que puede impedir el descendimiento del producto poniendo en riesgo la vida de la madre y del producto

En la última fase en el estadio 3 del trabajo de parto comienza después del parto, cuando el bebé ha salido y se espera el alumbramiento o salida de la placenta. Esta etapa suele durar solo unos minutos, pero puede durar hasta 30 minutos.

2.11 Mitos del parto

A lo largo del tiempo, han surgido frases o mitos que han destacado en las últimas parturientas, estas se comunican entre las personas y al no ser sustentadas científicamente éstas carecen de razón.

Es importante que se deban derribar o acabar con los mitos debido a que el que circule este tipo de información hace que únicamente se propague el miedo y la incertidumbre en las personas donde afecta este tipo de información.

El primer mito que haremos mención es el de "Me dijeron que me tienen que realizar tacto desde la semana 38 para ver cómo va todo" (Marcote, 2017). Aquí se comienza a afectar a la madre, debido a que un tacto realizado es algo innecesario debido a que lo único que este proceso hace es que se ponga en riesgo a la madre.

Ejemplo de esto encontramos que el tacto puede causar dolor y sangrado, además que se genera un riesgo de infección, ansiedad y no ayuda para la recolección de datos, donde se supone que es el objetivo del querer palpar a una madre.

"Voy por cesárea porque no dilato" (Marcote, 2017). Este es un mito más, donde básicamente se cree que la cesárea es necesaria cuando no hay dilatación. Sin embargo, es natural que todas las mujeres son capaces de realizar contracciones, parir y dilatar. Claro que para esto se deben presentar las condiciones adecuadas para que esto suceda.

"Si no te hacen una episiotomía te desgarras" (Marcote, 2017). Es una realidad que un desgarré grave no es prevenible y menos con una episiotomía, esto solo puede afectar a la paciente, debido a que es un tipo de desgarré que no tiene recuperación fisiológica.

Solo es necesario de condiciones adecuadas para poder realizar un buen parto sin necesidad de la realización de la episiotomía.

“Una cesárea es más segura que un parto vaginal” (Marcote, 2017). Al ser un proceso que es invasivo, trae consecuencias y complicaciones que podrían agravarse y afectar a las pacientes. A pesar de ser un proceso donde ayuda a disminuir el riesgo de parto en casos especiales.

Nada es mejor que lo natural, donde se evitan los riesgos de hemorragia e infecciones para la paciente y en el recién nacido se evita el riesgo de la dificultad respiratoria.

“El parto puede ser peligroso si el bebé es grande porque se puede trabar en el canal de parto” (Marcote, 2017). En el parto, es importante entender que el cuerpo está diseñado anatómicamente para que no sucedan este tipo de problemas, no debería haber complicaciones ya que se puede corregir buscando una buena postura para el bebé al nacer.

“No es necesario esperar para cortar el cordón” (Marcote, 2017). Uno de los pasos primordiales durante el parto, es el corte oportuno del cordón umbilical, debido a que esto puede llegar a prevenir la anemia en el bebé.

“Hay que colocar la vía por si hay una emergencia” (Marcote, 2017). Esto solo debe ocurrir en casos donde sea necesario, ya que en la mayoría de partos sanos no es necesaria esta herramienta.

“Fui a cesárea porque no supe pujar” (Marcote, 2017). El pujo no es algo que necesite de entrenamiento, ya que al ser un proceso natural el reflejo actúa en el momento que el cuerpo lo necesita.

“Tengo una cesárea anterior y me dijeron que si intento un parto vaginal se me puede romper el útero” (Marcote, 2017). Es muy poco probable que el útero se vea afectado, hay alrededor de un 0,5% de probabilidad de que suceda un evento adverso.

Como estos mitos mencionados, existen muchos que circulan a través de la comunidad, y esto se ha trasladado de generación en generación. Dando como resultados dudas durante el proceso de parto y en las posibles complicaciones que estas pueden sufrir.

Es importante que a pesar de que surjan mil dudas, éstas sean contestadas debido a que así se acaban con los mitos y las dudas de las parturientas. Con esto podemos prevenir posibles casos que pueden afectar después el proceso de parto, es importante estar bien informados para que el proceso no se vea alterado por algún chisme que pueda recorrer el lugar.

Bibliografía

Marcote, V. (2017). *NOSOTRAS PARIMOS guía para un parto respetado* . Buenos aires: Editorial Paidós SAICF.

2.13 Episiotomía

Al seguir indagando en el mundo del parto, se encontró con un procedimiento que causa conflicto en los intereses de esta tesis. Primero que nada, ¿qué es una episiotomía? Se trata de un proceso donde existe un corte en el área del periné, este corte tan famoso sirve únicamente para que exista un espacio más grande a la hora de que el parto suceda, aunque también este proceso se realiza antes de la labor de parto. Es un proceso que se realiza a través de un bisturí o algunas tijeras y este lo suelen reparar con simples suturas. Sin embargo, este proceso afecta de muchas maneras a la mujer, el signo que más se presenta es el dolor, debido a que es un área donde difícilmente llega el poder de la anestesia aplicado con antelación, logrando que esto solo logre dolor y ardor en la mujer.

Otras de las dificultades expresadas en las mujeres donde se realizó una episiotomía, es que cuando ellas quieren reanudar su vida sexual activamente, esta se puede ver frustrada por las consecuencias de la incisión. Esto anterior es porque se presenta dolor e incomodidad por los puntos que le quedaron de este procedimiento, porque si bien es cierto, al ser un corte en el musculo este no vuelve a recuperar la capacidad de soporte con la que contaba.

La episiotomía tiene un porque, como todo. Pero no es un proceso adecuado, a tal punto que la episiotomía no tiene la suficiente evidencia científica. Según los obstetras, este corte es realizado a parte de dar mayor área de salida al bebé, es para evitar el desgarre en el área, aunque según los médicos un corte limpio en la realización de la episiotomía puede prevenir lesiones graves del perineo. Sin embargo, esto no está más alejado de la verdad, ya que, a pesar del mejor corte, esto no hace que el tejido quede en las condiciones normales. De hecho, hasta el día de hoy es considerado que los desgarres suelen suceder en las mujeres debido a la posición tumbada, la dilatación forzada químicamente, por los pujos dirigidos y por la episiotomía.

En cuanto a las opiniones, podemos mencionar a mujeres a las cuales se les realizó una episiotomía y la experiencia que estas tuvieron:

- En el pujo más intenso de mi parto, en el que yo creí que definitivamente nacería mi hija, sentí de pronto el corte intenso y seco del bisturí. Como es de esperar, el dolor me hizo contraerme toda y pegar un grito. Si bien yo había recibido peridural, habían pasado varias horas y ya no estaba bajo su efecto. Sentí todo. La bestia de la partera me dijo que no gritara porque ‘perdía la fuerza’. ¿Que no gritara? ¿Alguien puede no gritar cuando repentinamente y sin previo aviso siente que le cortan la carne con un cuchillo? La episiotomía me sacó totalmente de foco y fue un trabajo arduo volver a conectar con mi cuerpo y mi bebé después de ese acto de violencia. Con el pasar de los días, el corte incomodaba. Dos meses después, no podía hacer pis ni caminar sin sentir molestia. Estoy segura de que el trauma de que haya sido hecha sin consentimiento y tener en mi mente el recuerdo del bisturí cortándome la piel dificultó la cicatrización. No quería consultar a mi obstetra, porque no quería ni verlo. Cuando me animé a mirarme me di cuenta que un punto estaba encapsulado. Me empecé a tratar yo misma con una crema de flores de Bach que tenía en casa y se resolvió, pero por meses tuve mucha sensibilidad en la zona y pensar en tener relaciones me daba pánico” (Marcote, 2017).
- “Tuve una episiotomía que me marcó. Un año sin poder tener relaciones y dos años para que las cosas vayan mejor. Tuve un queloide al cual mi obstetra no le dio importancia. Seis meses después del parto me dolía tanto la zona que había llegado al punto de arderme cuando me lavaba. Tres años después, analizando volver a embarazarme, mi mayor miedo era volver a pasar por un posparto igual, al punto que envidiaba a todas las mujeres que tuvieron cesárea y no sufrieron esa mutilación que me va a acompañar por siempre. Tuve que pasar por cuatro obstetras hasta que uno se dignó a decirme que no era ‘normal’ y que me tenían que cortar el queloide del punto. En la primera consulta con el obstetra que finalmente me ayudó, me cortó la pelotita y comenzamos un tratamiento que incluyó

hasta xilocaína para poder ir soportando el dolor. De igual manera solo me animaría a volver a parir con la promesa de no tener otra episiotomía. Pero con la cantidad de puntos que aparenta tener, creo que sería imposible. Y ha sido una de las razones más fuertes para no animarme a ser mamá otra vez. Estoy juntando fuerzas”. (Marcote, 2017)

En conclusión, es un tema que debería dejar de ser rutinario en las pacientes, ya que lo único que deja son secuelas de un corte realizado de una manera deshumanizada, se deberían observar los diferentes beneficios que podría traer y usar el procedimiento de la episiotomía solo en ocasiones donde sea demostrado que es necesario este procedimiento tan peligroso.

Bibliografía

Marcote, V. (2017). *NOSOTRAS PARIMOS guía para un parto respetado* . Buenos aires: Editorial Paidós SAICF.

2.14 Tipos de posiciones en el parto

Es bien sabido, que a lo largo de los últimos años se fueron estandarizando procesos tales como las posiciones, y si bien es cierto la posición que se adoptó hasta el día de hoy no es muy cómoda, es importante la mención de los diferentes tipos de posiciones usadas a lo largo de los años.

Existe información, la cual nos menciona que el proceso de parto desde la antigüedad ha sido variante en el proceso de las posiciones en el parto, tales son los casos que hay registros de que se usaban posiciones como de rodillas, de cuclillas, de pie, sentadas, etc. Una variedad de posiciones las cuales eran a libre elección según factores como la cultura y gusto. El proceso hacia que se realizara de tal manera que la madre era libre en el proceso del alumbramiento en la medida de lo posible.

En culturas como la egipcia hay información de mujeres en posición sentada o agachadas, en la cultura greco latina hay información de que se hacía con la mujer de rodillas y en América precolombina de que se usaban posiciones de manera vertical.

Fue así como con el tiempo se fueron adoptando posiciones, que como ya se mencionó anteriormente, la posición horizontal de litotomía es únicamente para la comodidad del personal que atiende el parto.

Es así como hoy en día se llevan a cabo en su gran mayoría, los partos de manera horizontal de litotomía, sea cual sea el lugar el proceso ha sido tratado así a lo largo de los años por ser tratadas más como una enferma a una madre dando a luz. Sin embargo, existen posiciones que, si se usan en la actualidad, pero solo en algunas partes y zonas. Estas posiciones suelen ser de pie, de cuclillas, de rodillas, apoyada de manos y rodillas y sentada.

Esta libre decisión hacia la madre, puede provocar que en la duración del parto existan ciertos beneficios. Como todos aprendimos en la escuela, la gravedad es una fuerza que empuja hacia abajo, y en los partos favorece el

proceso debido a que, en una posición vertical, la propia inercia haga que ayude en el proceso y haga un poco más fácil el puje de la madre y las contracciones uterinas sean más efectivas.

Existen autores que mencionan que el proceso de manera vertical, al facilitar el proceso, la presión en la cabeza fetal aumenta y la oxitocina se ve aumentada en producción. El tiempo también es uno de los factores que se ve mejorado al momento de adoptar una posición vertical, tales como de cuclillas, sentada, semisentada y de rodillas.

Existe también una diferencia en la pelvis, arrojando que, al adoptar una posición vertical, tales como de cuclillas, de rodillas, sentada, apoyada de manos y rodillas, etc. La diferencia radica en que el diámetro de la pelvis se ve aumentado por el solo hecho de adoptar una posición vertical.

Otro beneficio que se logró recabar, es el de la alineación y el descenso se ven mejoradas, y no solo eso, el adoptar una posición de cuclillas, de pie o sentada, favorece el ácido-base del bebé. En este mismo guion, se ve mejorada la oxigenación, por el único hecho de tomar una posición vertical. Además, se llega a producir el Síndrome de compresión de la vena cava, esto porque el peso del abdomen de la embarazada, no llega a aplastar la vena cava, logrando así, que la irrigación placentaria se vea mejorada, dándole aporte sanguíneo al bebé.

Se comprobó también, que no se llega a comprometer la circulación materna, logrando así que no se generen complicaciones, tales como la hipotensión, la palidez, náuseas, sudoración, vómitos, ansiedad y intranquilidad.

En el bebé, se ve que, al adoptar una posición vertical, el bebé puede llegar a obtener un menor rango de la frecuencia cardiaca fetal anormal, esto porque se da una mejoría en la irrigación sanguínea de la mama.

Además de que se comprobó que en recién nacidos los cuales las madres usaron posiciones verticales, existían menos probabilidades de llegar a ser internados en unidades de cuidados neonatales.

En cuanto a Apgar, usado como cuidados inmediatos y mediatos, no se llegó a detectar cambios significativos en cuanto a las posiciones por las cuales nacieron. En cuanto a inconvenientes, los dos más relevantes que se concluyeron al usar una posición vertical en el parto, es que existen desgarros perineales y el aumento de pérdida sanguínea materna.

Bibliografía

Sánchez, M. G. (2016). LAS POSICIONES MATERNAS DURANTE EL PARTO: UNA VISIÓN DIFERENTE DESDE LA ENFERMERÍA. En M. G. Sánchez, *LAS POSICIONES MATERNAS DURANTE EL PARTO: UNA VISIÓN DIFERENTE DESDE LA ENFERMERÍA* (pág. 58).

2.15 Parto pretérmino

Un parto es considerado como pretérmino, cuando el bebé nazca con menos de 37 semanas de gestación. Es una realidad, que cuando el bebé nace de manera prematura, hay más riesgo a que surja una complicación que se pueda agravar y poner en riesgo la vida del bebé si no se lleva un tratamiento adecuado según las necesidades que se necesiten, sin embargo, aunque los bebés salgan del problema, las probabilidades de algún otro problema no disminuyen, sino que hay más riesgo de que exista una discapacidad y no cuente con una calidad de vida adecuada.

Estas complicaciones terminan siendo para los recién nacidos, la mayor principal causa de muerte neonatal y posicionada en el puesto dos como causa de muerte en los bebés.

Aunque el bebé no haya nacido aún, pero se comienzan a presentar contracciones y cambios en el cérvix, se comienza a conocer como la labor pretérmina. Esto mismo es un gran causante de que las estadísticas de morbilidad neonatal se disparen por su alta incidencia.

Los factores que se relacionan con este tipo de problemas, son los riesgos de identificación de un parto pretérmino previo es el que más se relaciona a los problemas antes mencionados. Se ha demostrado que la incidencia aumenta cuando una mujer cuenta con un parto pretérmino anterior, aunque también se ve relacionado el embarazo múltiple, la sobre distensión uterina, las anomalías uterinas, las insuficiencias cervicales, vaginosis bacteriana, sangrado temprano en embarazo, estado socioeconómico precario, fumar, etc. Estos son algunos de lo que pueden llegar a relacionarse para que suceda un parto prematuro o una labor prematura.

Para poder tratar una prevención, es necesario que se usen agentes como los antibióticos, agentes progestáneos y cerclaje.

El primero ha demostrado que ayuda a que se reduzca la incidencia de parto pretérmino y el segundo ha demostrado la reducción cuando se usa como profiláctico. Y el tercero ha demostrado que ayuda mejorando la incidencia del parto prematuro, demostrando también tasas que superan el 89%

Bibliografía

Acuña, T. M. (2017). PARTO PRETERMINO. *Revista Médica Sinergia*, 3.

2.16 Parto de agua

Actualmente se está introduciendo el uso de la hidroterapia en las salas de parto de los hospitales por diversas causas: - Existe evidencia científica sobre sus efectos en la disminución en la administración de analgesia y aunque con controversia en los resultados, parece disminuir el tiempo de dilatación sin incrementar complicaciones materno-fetales. La demanda cada vez mayor, por parte de las gestantes, solicitando partos menos medicalizados y más humanizados. - Su uso como analgesia en la fase latente del parto, es beneficiosa en los casos de dinámica uterina intensa y regular.

Las ventajas de la hidroterapia descritas durante el parto en general son:

- Aumento de la movilidad gracias a la flotabilidad
- Relajación y disminución de la sensación dolorosa relacionado con el calor del agua
- Aumento de secreción de oxitocina secundaria a la relajación y liberación de serotonina
- Aumento de la vascularización uterina dando lugar a una mayor oxigenación produciendo contracciones uterinas más efectivas
- Reducción en el tiempo de la primera y segunda fase de parto
- Disminución de la TA con una inmersión hasta los hombros
- Aumento del grado de satisfacción materna

Periodo de Dilatación:

- Acelera la dilatación cervical
- Disminución la necesidad del uso de oxitocina

Periodo Expulsivo:

- Aumento de partos espontáneos

- Disminución del trauma perineal y episiotomías
- Disminución de analgesia loco-regional

La evidencia concluye que mientras se siga un procedimiento estricto al bañar a una mujer embarazada, no existe relación entre el uso de agua durante el parto y la infección en la madre o el lactante, aparición de fiebre, riesgo de pérdida fetal (respiratoria o termorregulación), o aumento de la inscripción en la UCIN. Puede conducir a la muerte infantil o dejar secuelas neurológicas.

En su reevaluación de 2017, el Comité de Ética en Atención de la Salud consideró que, con base en la información disponible, el parto en el agua no está exento de riesgos para el lactante y, por lo tanto, no se recomienda como una forma de parto planificado.

Por esta razón, y hasta que se disponga de evidencia científica de la retención del catalizador en agua, recomendamos que, en el momento del detergente, o drene el agua del baño o la saque fuera del baño.

Realizar un parto en el agua no es el objetivo final del uso de la hidroterapia durante el parto; sino para un mejor alivio del dolor y disfrutar de los beneficios que ofrece el agua durante el parto. Deben seguirse los procedimientos de limpieza y tomarse las precauciones generales para evitar infecciones.

2.17 Cuidado de enfermería aplicado al parto humanizado.

Aplicando el testimonio y bajo la ayuda y análisis de una dula, descubrimos la filosofía de la aplicación a la mujer en el parto humanizado, es de recalcar que los testimonios contados son refutados es gran medida con las entrevistas y encuestas realizadas.

Como base de este apartado, definiremos los conceptos que se ocupan en este lugar, pues bien la definición de “Dula” es una palabra que denota asistir o asistencia, es decir estas mujeres que se dedican al cuidado de la mujer durante el parto reciben este nombre, y es que ellas no son el máximo o más bien no representan el máximo grado del estudio dentro de la rama a la atención a la mujer, ya que la dula es una figura de acompañamiento, un grado antes de lograr la habilidad para ser una “Partera”. Con esto no significa que nuestros cuidados sean aplicados a los criterios alternativos, si no que, rescatamos la parte humana y la labor de preparación que realizan estas mujeres.

Algo que me llama la atención en esta entrevista es el nivel de estudio que llegan a tener estas mujeres, pues bien mencionaban que el arte de la atención en las parteras y dulas se sustenta en la ciencia, en la explicación de lo alternativo, se concentra en el impacto psicológico que llegan a tener las explicaciones y el acompañamiento en las mujeres; la atención que queremos brindar es una mezcla de lo humano y lo alternativo. Preguntamos a la ahora partera maestra Caruca, ¿Cuándo fue que se perdió la humanización del parto?, la respuesta dada fue inmediata y recalcó en sus palabras “Desde que se le quitó la dignidad a la mujer”.

Los cuidados que nos sugieren antes de iniciar la labor de parto son ayudar a la madre dando explicaciones de lo que va a suceder después, por lo general suelen confundirse con mitos o con ideas que no son reales cuando son primerizas o cuando su cultura toma fuerza en la toma de decisiones, por tanto las acompañantes se dedican a explicar por ejemplo: que las caminatas pueden ser llevadas a cabo en un tiempo determinado, es decir durante las primeras etapas de la labor, cuando las contracciones mantienen latencia y son

consecutivas la madre puede realizar ciertas actividades para estimular y continuar la capacidad de dilatación, es por tanto que la partera entrevistada nos dice que lo ideal para la caminata es cuando la dilatación esté entre tres y cuatro centímetros, llevada a cabo el rango de dilatación la mujer suele tener miedo o dudas sobre ir al baño y miccionar por temor a una expulsión previa, lo cual nos platica la entrevistada que no es de riesgo en una mujer sin complicaciones, incluso añade que bañarse en este pequeño lapso de tiempo de dilatación es bueno y no representa complicación alguna. Posteriormente nos explica a detalle una técnica de relajación que se alterna al momento de las contracciones uterinas, ya que se ha visto y se tiene evidencia que son las contracciones las que llevan a la madre a sufrir episodios de inseguridad y de nerviosismo, por lo que la técnica de respiración que nos pone en manifiesto es la llamada para ellas 2- 1, dos respiraciones seguidas por una exhalación cada que la contracción llegue, al igual que menciona que de manera natural en mujeres que no estaban con amenazas de aborto utilizaba un aceite natural de aroma relajante, esta técnica de aromaterapia es utilizada con la esencia de jazmín, muy utilizada en los centros de aromaterapia, quien posee propiedades estimulantes de relajación, permitiendo así un parto menos forzado. Por ultimo nos recordaba que las posturas que la institución maneja son muchas veces no favorables a la expulsión y nos dice que es un derecho de la mujer elegir las posiciones más cómodas, que incluso para culturas aledañas a la ciudad son aplicadas, gracias a sus estudios han comprobado que en los cuidados de enfermería y en lo general en el parto humanizado la postura y el acompañamiento debería de estar presente en todo momento, según sus palabras “dignificando a la mujer y la labor que representa el parto, las mujeres no son una cifra más de natalidad son seres humanos que merecen una atención más enfocada a su parto y expulsión”.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Diseño y tipo de estudio

3.1.1 Diseño.

Según Mario Tamayo “El diseño es la estructura a seguir en una investigación, ejerciendo el control de la misma a fin de encontrar resultados confiables y su relación con los interrogantes surgidos de los supuestos e hipótesis-problema.

Constituye la mejor estrategia a seguir por el investigador para la adecuada solución del problema planteado.

El diseño también es un planteamiento de una serie de actividades sucesivas y organizadas, que pueden adaptarse a las particularidades de cada investigación y nos indican los pasos y pruebas a efectuar y las técnicas a utilizar para recolectar y analizar los datos.” (Tamayo, 2003)

Conocer es una actividad por medio de la cual el hombre adquiere certeza de la realidad, y que se manifiesta como un conjunto de representaciones sobre las cuales tenemos certeza de que son verdadera. El estudio es la herramienta clave para adquirir conocimiento, quien estudia aprende, quien investiga encuentra nuevas incógnitas y quien las resuelve adquiere todo el conocimiento, es por ellos que el diseño adquirido para la investigación debe de ser la adecuada de acorde a nuestros objetivos.

En relación con los modelos y diseños de investigación, conviene hacer claridad en cuanto a su significado; es algo que los tratadistas de investigación no tienen en cuenta y tiene su importancia a la razón por la cual es necesario establecer esa diferencia. Los modelos hacen relación al manejo metodológico, o guía que soporta un proceso investigativo; cada investigador supone de manera

hipotética que este proceso debe seguir tales o cuales pasos, debe de delimitar el fallo o en su defecto aprobar que pasos deben de llegar para el manejo del tema y así estableciendo estos modelos sus seguidores se acogen a estas indicaciones, pero en el fondo todos llegan a los mismos procesos, aunque difieren en la forma de presentarlos. Si observamos las obras de investigación de uso común en nuestro medio, encontramos que todas ellas giran con base en tres factores: El tema a investigar, el problema a resolver y la metodología a seguir

Considero que todos los modelos son válidos y que se ajustan en su estructura común, pero algunos se facilitan más que otros para el aprendizaje de la investigación, el diseño de la experimentación radica en el funcionalismo esencial de las partes subjetivas al marco referencial de la teoría basada, por ello permitiré explicar los diferentes tipos de estudio y sus diferentes funciones, partes y cualidades que poseen, cada diseño contiene una estructura diferente al resto, cada una según el enfoque que se le piense realizar. En términos generales. un modelo representa a una estructura metodológica de los pasos que se plantean como opción para la elaboración del diseño que conlleve a la solución del problema, y si dan vuelta en cuestión a modelos son de carácter descriptivo, y mediante ellos el investigador puede hacer el esquema representativo que le facilitará el manejo de la realidad, nuestro caso el parto y su humanización.

Tipos de diseño 3.1.1

Como en todas las clasificaciones, seccionaremos cada tipo de diseño y explicaremos de acorde a su definición los diseños y su funcionamiento, como estos mediante la ayuda de sus herramientas pueden ser de ayuda en el proceso de la investigación.

Diseño gráfico: Cuando recurrimos a la utilización de datos secundarios, es decir, aquellos que han sido obtenidos por otros y nos llegan elaborados y

procesados de acuerdo con los fines de quienes inicialmente los elaboran y manejan, y por cual decimos que es un diseño bibliográfico. Estas referencias que ocupamos para citar el nombre bibliográfico hacen alusión intrínseca a lo obtenido por una cita bibliográfica,

Las recomendaciones que se les da al hacer uso de este diseño es que conviene antes de nada comprobar la confiabilidad de los datos, ya que es labor del investigador asegurarse de que los datos que maneja mediante fuentes bibliográficas sean garantía para su diseño.

Diseño de campo: Cuando los datos se recogen directamente de la realidad, por lo cual los denominamos primarios, su valor radica en que permiten cerciorarse de las verdaderas condiciones en que se han obtenido los datos, lo cual facilita su revisión o modificación en caso de surgir dudas. Conviene anotar que no toda información puede alcanzarse por esta vía, ya sea por limitaciones especiales o de tiempo, problemas de escasez o de orden ético.

El diseño de campo a pesar de ser una rama en donde se recolectan datos mediante las experiencias obtenidas al instante, posee una conjetura que se divergen para así formar una serie de sub temas las cuales son:

DISEÑO DE ENCUESTA: Es exclusivo de las ciencias sociales y parte de la premisa de que si queremos conocer algo sobre el comportamiento de las personas. lo mejor es preguntarlo directamente a ellas (es importante en este diseño determinar la validez del muestreo).

DISEÑO ESTADÍSTICO: Efectúa mediciones para determinar los valores de una variable o de un grupo de variables, consistente en el estudio cuantitativo o evaluación numérica de hechos colectivos.

DISEÑO DE CASOS: Estudio exhaustivo de uno o muy pocos objetos de investigación con lo cual permite conocer en forma amplia y detallada a los mismos, consiste, por tanto, en estudiar cualquier unidad de un sistema para estar en condiciones de conocer algunos problemas generales de los mismos.

DISEÑO EXPERIMENTAL: Cuando a través de un experimento se pretende negar a la causa de un fenómeno. Su esencia es la de someter el objeto de estudio la influencia y ciertas variables en condiciones controladas y dirigidas por el investigador. Se modera en tanto a las variables que el moderador desee, la experimentación sienta las bases para obtener resultados y catalogar errores y posibles decisiones, se tendrá en cuenta siempre que quien dirige el protocolo de actuación será el responsable total de lo que suceda en el campo de actuación.

DISEÑO CUASI-EXPERIMENTAL: Cuando estudia las relaciones causa-efecto pero no en condiciones de control riguroso de las variables que maneja el investigador en una situación experimental, es decir que los resultados en las pruebas no serán dadas con medio de la interacción dirigida por el investigador si no que serán casi aleatorias dejando solo pequeños obstáculos que puedan comprometer el resultado de los experimentados dejando así un espacio donde los objetivos serán los mismos pero con medidas de experimentación no ligadas directamente al sujeto.

DISEÑO EX POST FACTO: Cuando el experimento se realiza después de los hechos y el investigador no controla ni regula las condiciones de la prueba. Se toman como experimentales situaciones reales y se trabaja sobre ellas como si estuvieran bajo nuestro control.

3.2 Universo y muestra

En la elaboración de este nuevo capítulo estableceremos mediante la ayuda de Tamayo y Samperi las definiciones en cuanto a la muestra y universo, lo que define a la muestra y lo que define a los sucesos de población en cuanto a el desarrollo de la investigación, pues bien, para lograr el objetivo de investigación y de muestra es necesario conocer los infinitos resultados que puede arrojar un muestreo, pero más aún importante debemos de conocer lo que representa la muestra y lo que representa el estudio de los fenómenos que yacen en torno a ella.

Para ello he de iniciar con la mera perspectiva de lo que es el universo, que es lo que alberga el medio y sus innumerables variables, y es que es lo que señala también en medios como la estadística y la investigación que el universo es también la población. Lo tangible y lo contable es no más que aquello que se puede manifestar en la forma de la búsqueda de respuestas ante las interrogantes, un universo o población se delimitará siempre por sus componentes que alberguen dicha región o que en su defecto no posean, es decir que el universo tangible y contable que es lo que se está investigando constará de aquellos elementos que queramos darle un valor subjetivo.

Universo no es más que un conjunto, o tal y como se podría deducir en estadística un conjunto del conjunto, y en definición se trata del conjunto de elementos y personas, objetos, sistemas, sucesos, entre otras cosas plasmadas entre objetos finitos e infinitos, todos ellos a los que en realidad los elementos pertenecen la población y la muestra y no a un vacío existencial en el manto de probabilidades, este estudio ,mantiene la estrecha relación con las variables y el fragmento problemático de la realidad, con lo cual se estipula que es materia de investigación, en deducción no es el universo aquello que no se conoce si no aquello que no se ha descubierto, universo no más que aquello que nosotros vamos delimitando ya sea geográficamente o imaginariamente.

En tal sentido definimos al universo como un conjunto de personas, cosas o fenómenos sujetos a investigación, que tienen algunas características definitivas, pueden ser ejemplos de ellos la investigación de personas en una ciudad, estableciendo que el objeto de estudios no será en todo el mundo si no e una determinada ciudad, y no solo ahí ya que este hipotético universo es también señalado con una variante delimitante que se le adjudica a investigar personas mayores de 70 años. Ante la posibilidad de investigar el conjunto en su totalidad, se seleccionará un subconjunto al cual se denomina muestra.

Por otro lado, se encuentra la muestra, una pequeña parte que diferencia al resto de la investigación, pero mucho más factible para dar fondo a los resultados, es como citar a un conocido refrán que hace referencia a esta ocasión “De muestra un botón”, y es que al ser una tesis de carácter descriptivo no es la crítica la principal arma de desmentir o aprobar mi teoría, es en su esencia misma la descripción y la demostración por medio de los hechos y evidencias anteriores lo que

Por tanto y es que según Tamayo la muestra no es más que, en esencia, un subgrupo de la población, es decir apegados al régimen de la estadística poblacional es el conjunto del conjunto, ósea un subconjunto del conjunto vacío. Es entonces un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que se le llama población Sampieri menciona que la limitación de la muestra en población no es más que un grupo de elementos reducidos para obtener una probabilidad numérica reflejada en los hechos. Las muestras pueden ser probabilísticas o no probabilísticas. Una muestra probabilística se elige mediante reglas matemáticas, por lo que la probabilidad de selección de cada unidad es conocida de antemano. Por el contrario, una muestra no probabilística no se rige por las reglas matemáticas de la probabilidad. De ahí que, mientras en las muestras probabilísticas es posible calcular el tamaño del error muestral, esto dando lugar a que la muestra está siempre factible a cometer errores porque de ello es de donde se evaluara los resultados.

Cabe mencionar que para el estudio de la muestra no se requiere estrictamente de una vigilancia activa de la población ni de sujetos libres de los cuales no se conocen sus datos, puesto que las notas de muestreo más exactas son gracias a sujetos de prueba examinados en concreto con todos los datos personales y con suma aceptación voluntaria, tales los casos como las pruebas de vacunas en humanos. Prueba de que el muestreo es la base del entendimiento de un universo mismo se plasman en las letras de Sampieri y Tamayo, conociendo el límite funcional de lo tangible a lo intangible, del estudio al resultado, de la planificación y de la acción.

3.3 Tipo de muestreo

En el estilo de la muestra que se citan a continuación, Sampieri basado en su contabilidad y estrategia apegada la estadística coloca en manifiesto a dos grandes grupos, delimitados entre las muestras probabilísticas y las no probabilísticas.

Comenzando con la muestra probabilística, esta rama de la estadística poblacional se obtiene dando diferentes características a la población y a su vez todos los pobladores tienen la oportunidad de ser escogidos, se trata de una técnica de muestreo donde las muestras se recogen por medio de un proceso que no les brinda a todos los individuos de la población las mismas oportunidades de ser seleccionados, es decir que son elegidos de una forma aleatoria, es como imaginar el sorteo de una rifa o de una lotería, en una muestra que pueda partir de uno a cincuenta solo serán ganadores los tres de los últimos números, en este sistema también se realiza una especie de sorteo denominada como muestra aleatoria, esto con la función de no tener una sola noción o característica de la población si no evaluar el mayor territorio posible con caracteres similares al de los evaluados, pero siempre manteniendo el mismo objetivo.

En la contraparte, la muestra no probabilística la elección de las muestras no será dependiente de la probabilidad de la elección si no al apego de las causas que se relacionen a la investigación y específicamente a quien realiza la muestra, a. Aquí el procedimiento no es mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación.

Elegir una muestra sea o no probabilística no infiere directamente a los resultados obtenidos en las encuestas, las generalizaciones en tanto a referencias y muestras no solamente se harán notables en un aspecto de evaluación individual si no que los objetivos dependientes de resultados si serán diferentes en cada caso.

3.4 Material y métodos

Según Mario Tamayo “El método científico es un procedimiento para descubrir las condiciones en que se presentan sucesos específicos, caracterizado generalmente por ser tentativo, verificable, de razonamiento riguroso y observación empírica.” (Tamayo, 2003)

Por tanto, lo anterior nos ayudó a guiarnos en el proceso de la recolección de los datos, siempre y cuando este pueda ser respaldado. Además, se trató de realizar lo más claro y específico posible, dado que la realización de un tema de esta magnitud, debe ser específico y verificable.

Según Mario Tamayo el método de análisis directo es que “Empleado para determinar las condiciones de conocimiento en determinados acontecimientos por medio de análisis reflexivo. Consiste en aplicar a un hecho determinado la reflexión, para ver las condiciones de conocimiento que ese hecho como tal exige. Es así como se pueden plantear problemas al sujeto que conoce, a la experiencia ya las construcciones deductivas. El método directo ha sido empleado por las epistemologías clásicas, o sea, las epistemologías de carácter filosófico, en las cuales se presentan problemas formales y materiales.” (Tamayo, 2003)

Recurso humano
Tutor de tesis
Coordinación de enseñanza del HMC
Población del HMC (padres y personal sanitario)
Responsables del proceso del trabajo: José Alejandro Villagrán Pérez Jesús Imanol Vera Pérez
Enfermeros de Tococirugía

Recursos financieros
Copias
Impresiones
Hojas de papel
Colectivos
Empastado
Borradores

Recursos materiales
Computadora
Celulares
Libros
Memorias USB

3.5 Criterios de inclusión

Según Mario Tamayo “son todas aquellas características de los integrantes que permiten su ingreso (forma parte) a la población en su estudio”. (Tamayo, 2003)

3.6 Criterios de exclusión

Según Mario Tamayo “son todas las características de los integrantes de la población de referencia que descartan su ingreso (no formar parte) a la población en estudio”. (Tamayo, 2003)

3.7 Criterios de eliminación

Según Mario Tamayo “dice que este aspecto corresponde con las características que se pueden presentar en el desarrollo de la investigación. Es de decir, serán circunstancias que pueden ocurrir después de iniciar la investigación de haber seleccionado a los participantes.” (Tamayo, 2003)

3.8 Plan de análisis

Según Mario Tamayo “Se explica aquí el procedimiento, lugar y condiciones de la recolección de datos. Esta sesión es la expresión operativa de diseño de investigación, la especificación concreta cómo se hará la investigación.” (Tamayo, 2003)

Mario Tamayo establece en los criterios de la evaluación, la recolección de los datos, es así como la expresión operativa del diseño valora el campo de actuación de dicha encuesta o experimento, ya sea colectivo o individual, el diseñador busca la manera de concretar un esquema de la investigación, focaliza los puntos principales y enmarca el cuadro inicial que delimita a la investigación para darle fondo y seguimiento con las herramientas que amerite en dicho campo, puesto que las variables son de carácter finito y no solamente dependerá del porcentaje de la población evaluada si no de la efectividad que posea la aplicación de la herramienta.

3.9 Aspectos éticos

Es importante la mención de los aspectos que nos ayudan a regir ciertas áreas, es por ello que nos vemos en la necesidad de realizar un tema que nos mencione los aspectos que nos guían.

- Investigador que promueve el estudio, objetivo, metodología
- Beneficios esperados para él o la sociedad, incomodidades o riesgos
- Carácter voluntario de la participación y posibilidad de retirarse en cualquier momento (sin perjuicio ni alteración de la relación médico enfermo)
- Personas que tendrán acceso a la información y forma de confidencialidad
- Cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de carácter personal
- En caso de ensayo clínico:
 - Comunicación al ministerio fiscal
 - Póliza de seguro
 - Protocolo del ensayo clínico firmado por el investigador
 - Manual del investigador o ficha técnica en caso de medicamentos comercializados
- 1-3 artículos relevantes que justifique la realización del estudio
- Hoja de información al paciente y documento de consentimiento informado
- Informe de investigador principal
- Memoria económica
- Certificado de la póliza de seguro
- Memoria económica
- Certificado de la póliza de seguro
- Tabla de resumen con todas las visitas y pruebas a realizar
- Tabla de sobrecarga
- Notificación al ministerio fiscal
- Compromiso de publicación y difusión

3.9.1 Normas

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de

Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

D.O.F. 20-02-1985. F.E. D.O.F. 09-07-1985. Ref. D.O.F. 26-11-1987.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención

Médica.

D.O.F. 14-05-1986.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

D.O.F. 06-01-1987.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades,

Establecimientos, Productos y Servicios.

D.O.F. 18-01-1988.

Reglamento de Insumos para la Salud

D.O.F. 04-02-1998

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.

D.O.F. 09-08-1999

Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos

Humanos para la Salud.

D.O.F. 31-10-1986. Ref. D.O.F. 28-02-1987.

Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional de Investigación para la Salud.

D.O.F. 10-08-1988.

Reglamento de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.

D.O.F. 28-05-1997

Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas de la Comisión Nacional de

Arbitraje Médico.

D.O.F. 29-04-1999.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

D.O.F. 05-07-2001.

Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.

D.O.F. 30-10-2001.

Reglamento Interno del Consejo Nacional de Vacunación.

D.O.F. 20-03-2002.

Reglamento de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.

D.O.F. 18-11-1981. Ref. D.O.F. 16-05-1990, 20-08-1996, 25-06-2001, 05-06-2002.

Reglamento General de Seguridad Radiológica.

D.O.F. 22-11-1988. Aclaración: D.O.F. 14-12-1988.

Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente para la prevención y control de la contaminación generada por los vehículos automotores que circulan por el Distrito Federal y los Municipios de su zona conurbada.

D.O.F. 25-11-1988.

Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en materia de prevención y control de la contaminación de la atmósfera.

D.O.F. 25-11-1988.

3.9.2 Leyes

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 29-12-1976. Fe de Erratas D.O.F. 02-02-1977 y sus reformas publicadas en los

Diarios Oficiales de la Federación de fechas 08-12-1978, 31-12-1980, 04-01-1982, 29-12-

1982, 30-12-1983, (Fe de Erratas 18-04-1984), 21-01-1985, 26-12-1985, 14-05-1986, 24-

12-1986, 22-07-1991, 21-02-1992, 25-05-1992, 23-12-1993, 28-12-1994, 19-12-1995, 15-

05-1996. Aclaración D.O.F. 16-05-1996, 24-12-1996, 04-12-1997, Aclaración D.O.F. 11-

02-1998, Reformas D.O.F. 04-01-1999, 18-05-1999, 30-11-2000, 05-01-2001, 13-03-

2002.

Ley General de Salud.

D.O.F. 07-02-1984. Ref. D.O.F. 27-05-1987, 23-12-1987, 14-06-1991, 07-05-1997, 26-05-2000,

31-05-2000, 04-06-2002. F.E. D.O.F. 06-09-1984, 23-07-1986, 18-02-1988, 12-07-1991.

Adiciones: D.O.F. 21-10-1988, 24-10-1994, 26-07-1995, 09-07-1996, 05-01-2001, Reforma

15-05-2003.

Ley Federal del Trabajo.

D.O.F. 01-04-1970. Ref. D.O.F. 24-04-1972, 09-01-1974, 30-09-1974, 23-12-1974, 24-12-1974,

31-12-1974, 07-02-1975, 31-12-1975, 02-07-1975, 30-12-1977, 28-04-1978, 04-01-1980, 20-10-

1980, 07-01-1982, 22-10-1982, 31-12-1982, 13-01-1986, 22-12-1987, 21-01-1988, 04-01-1989,

20-07-1993, 19-12-1996, 23-01-1998. F.E. D.O.F. 30-04-1970, 05-06-1970, 10-01-1974, 09-01-

1975, 30-01-1980, 30-12-1983, 13-05-1984.

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado "B" del

Artículo 123 Constitucional.

D.O.F. 28-12-1963. Ref. D.O.F. 20-01-1967, 28-12-1972, 23-12-1974, 24-12-1974, 31-12-1974,

31-12-1975, 23-10-1978, 29-12-1978, 31-12-1979, 15-01-1980, 21-02-1983, 12-01-1984, 31-12-

1984, 22-12-1987, 23-01-1998

Ley de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles.

D.O.F. 31-12-1975, 15-01-1980, 27-12-1983. Ref. D.O.F. 18-11-1986, 23-05-2002.

Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.

D.O.F. 31-12-1976, Ref. D.O.F. 30-12-1977, 31-12-1979, 30-12-1980, 11-01-1982, 14-01-1985,

26-12-1986, 10-01-1994, 01-02-1994, 21-12-1995. F.E. D.O.F. 18-01-1977.

Ley General de Bienes Nacionales.

D.O.F. 08-01-1982. Ref. D.O.F. 07-02-1984, 21-01-1985, 25-05-1987, 07-01-1988, 03-01-1992,

29-07-1994. 31-12-2001. F.E. D.O.F. 12-02-1982, 24-03-1982, 04-03-1988.

Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

D.O.F. 31-12-1982. Ref. D.O.F. 11-01-1991, 21-07-1992, 10-01-1994, D.O.F. 12-12-1995, 24-

12-1996, 04-12-1997. F.E. D.O.F. 10-03-1983, 14-01-1991, 22-07-1992, 01-02-1994. Criterios para la aplicación D.O.F. 11-02-1983. Aclaración D.O.F. 11-02-1998. D.O.F. 13-03-2002

(Artículo Segundo Transitorio.- Se derogan los Títulos Primero, Tercero y Cuarto únicamente por lo que respecta al ámbito federal. Las disposiciones de la Ley seguirán aplicándose en dicha materia a los servidores públicos de los órganos ejecutivo, legislativo y judicial de carácter local del Distrito Federal.)

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

D.O.F. 13-03-2002.

Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

D.O.F. 04-08-1994. Ref. D.O.F. 24-12-1996, 19-04-2000, 30-05-2000.

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

D.O.F. 04-01-2000.

Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.

D.O.F. 04-01-2000.

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública
Gubernamental.

D.O.F. 11-06-2002.

3.9.3 Reglamento de institución

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de

Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

D.O.F. 20-02-1985. F.E. D.O.F. 09-07-1985. Ref. D.O.F. 26-11-1987.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención

Médica.

D.O.F. 14-05-1986.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

D.O.F. 06-01-1987.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades,

Establecimientos, Productos y Servicios.

D.O.F. 18-01-1988.

Reglamento de Insumos para la Salud

D.O.F. 04-02-1998

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.

D.O.F. 09-08-1999

Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos

Humanos para la Salud.

D.O.F. 31-10-1986. Ref. D.O.F. 28-02-1987.

Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional de Investigación para la Salud.

D.O.F. 10-08-1988.

Reglamento de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.

D.O.F. 28-05-1997

Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas de la Comisión Nacional de

Arbitraje Médico.

D.O.F. 29-04-1999.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

D.O.F. 05-07-2001.

Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.

D.O.F. 30-10-2001.

Reglamento Interno del Consejo Nacional de Vacunación.

D.O.F. 20-03-2002.

Reglamento de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.

D.O.F. 18-11-1981. Ref. D.O.F. 16-05-1990, 20-08-1996, 25-06-2001, 05-06-2002.

Reglamento General de Seguridad Radiológica.

D.O.F. 22-11-1988. Aclaración: D.O.F. 14-12-1988.

Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente para la prevención y control de la contaminación generada por los vehículos automotores que circulan por el Distrito Federal y los Municipios de su zona conurbada.

D.O.F. 25-11-1988.

Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en materia de prevención y control de la contaminación de la atmósfera.

D.O.F. 25-11-1988

CAPITULO IV

4.1 Gráficas y análisis

Las encuestas se volvieron una parte fundamental para darle continuidad a nuestro apartado de investigaciones, bien sabemos que cuando las dudas existen se nos hace difícil continuar en un camino unidireccional que nos guíe a una meta fija, es por ello que haciendo uso de todos los recursos y oportunidades disponibles a nuestro alcance logramos dar respuesta a la mayoría de nuestras incógnitas planteadas y que a través de la recolección de datos definimos y graficamos los resultados, en la realización de ello nos dimos cuenta de las características de cada encuestada. Dada la situación evaluamos a un grupo poblacional de 10 mujeres atendidas en el hospital Materno Infantil de Comitán, todas ellas con un lapso de proceso de parto de entre seis y tres meses de haber recibido atención en dicha institución, las cifras de encuestadas no pudieron ser más cercanas a la fecha de presentación por el bajo número de ingreso de mujeres gestantes y estables en el área de expulsión y por lo tanto no poder realizarles estas encuestas.

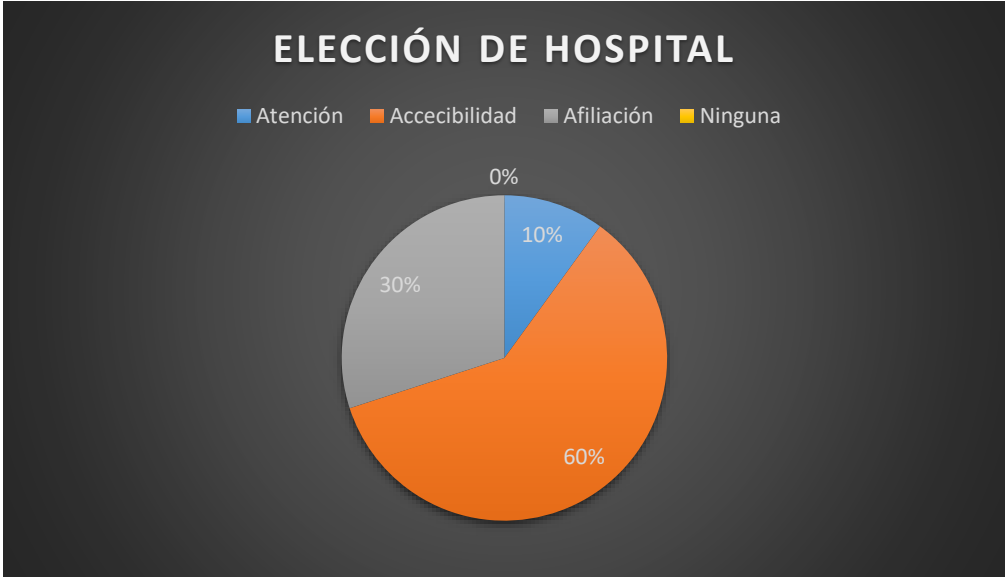
4.1.1 Tabla y gráficas de pregunta #1

Motivo de elección del H. Materno		
Elección	fi	%
Atención	1	10
Accesibilidad	6	60
Afiliación	3	30
Ninguna	0	0
	10	

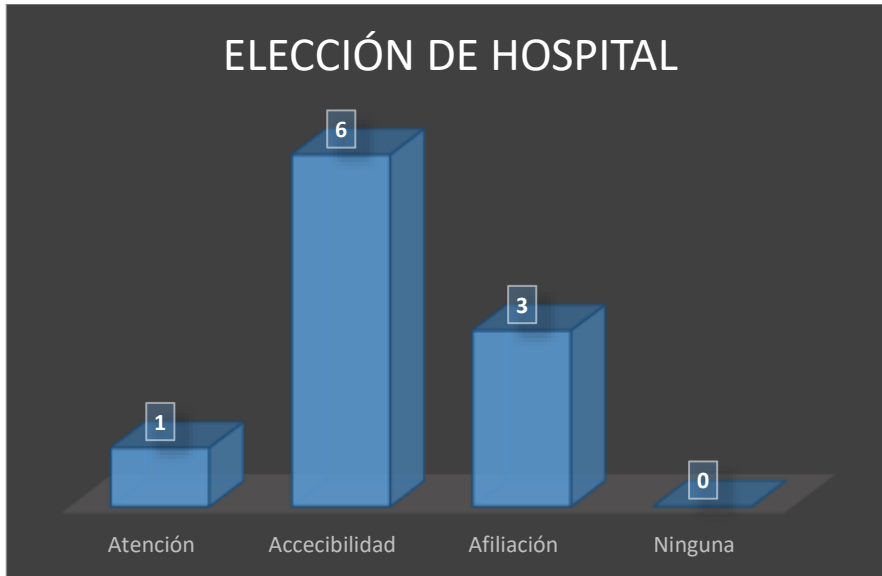
Entrando en contexto, el área de toco cirugía es una de las más transitadas en el hospital materno, más sin embargo la primera de nuestras 10 preguntas hace alusión a nuestra duda inicial, que es lo que motiva a las mujeres a asistir al hospital o porque razones acuden a la institución, pues bien, el 60 por ciento de

las encuestadas resultó que eligieron al hospital por la fácil accesibilidad de la zona, y es que no está de más saber que zonas tojolabales tienen beneficios al estar en este sitio, mientras que mujeres locales prefieren el hospital por su forma en la que estas están afiliadas representando un 30 por ciento de la muestra, un por ciento, manifestó que prefieren al hospital por su atención y nadie optó por alguna otra razón.

Tabla 1.



Gráfica 1



4.1.2 Tabla y gráficas de pregunta #2

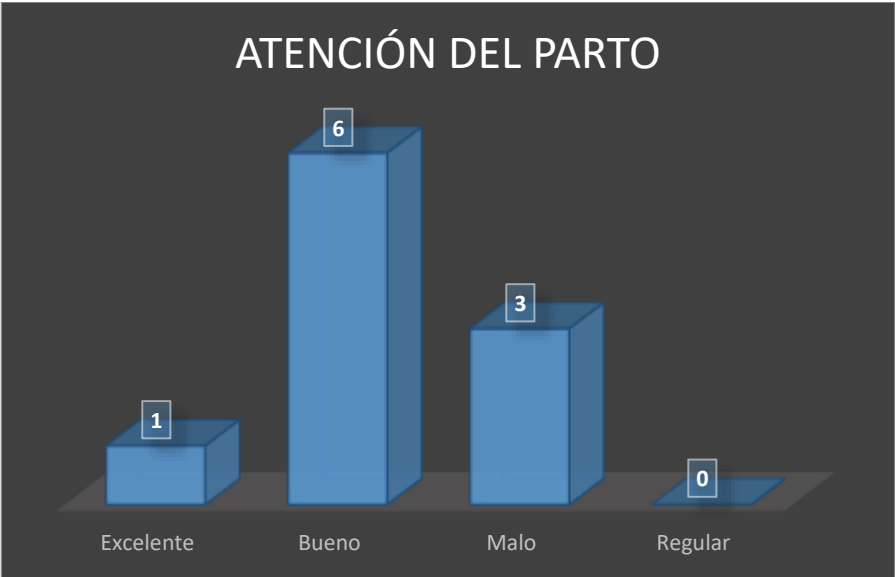
Atención en el proceso de parto		
Atención	fi	%
Excelente	1	10
Bueno	6	60
Malo	3	30
Regular	0	0
	10	

Las quejas son alimentadas a diario en las instituciones de salud, por ello el evaluar la calidad de los servicios nos permitiría saber si existe o no una relación entre la humanización y una buena o mala atención del parto y su proceso, de esta muestra obtuvimos un resultado del 60 por ciento a favor de una buena atención, si bien es cierto este porcentaje marca solo la buena atención ya que en un 30 por ciento de los resultados las mujeres dijeron que la atención es mala, sumando así más valor a las hipótesis, solo el 10 por ciento dio a conocer que está totalmente satisfecho con el trato y expresó que es excelente y nadie recurrió a decir que la atención es regular.

Tabla 2



Grafica 2

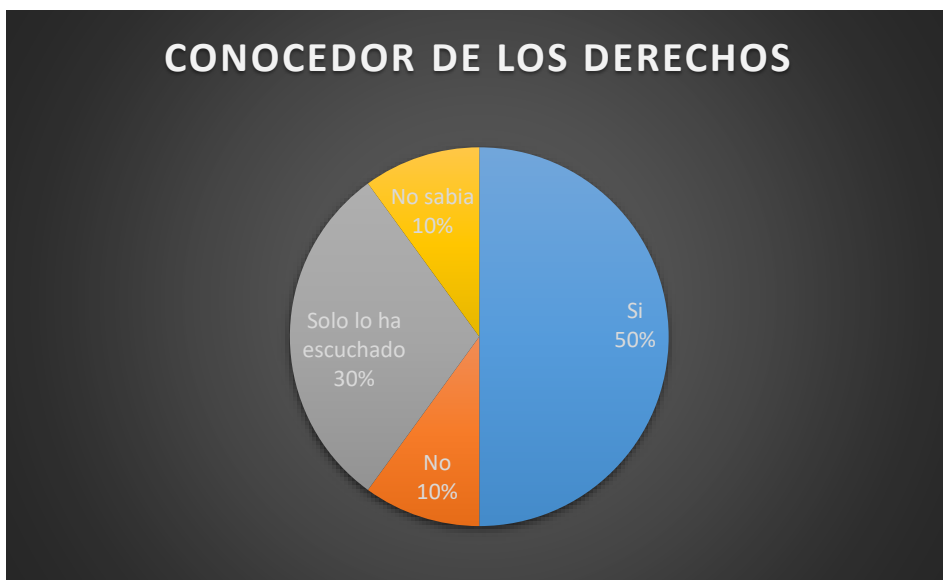


4.1.3 Tabla y gráficas de pregunta #3

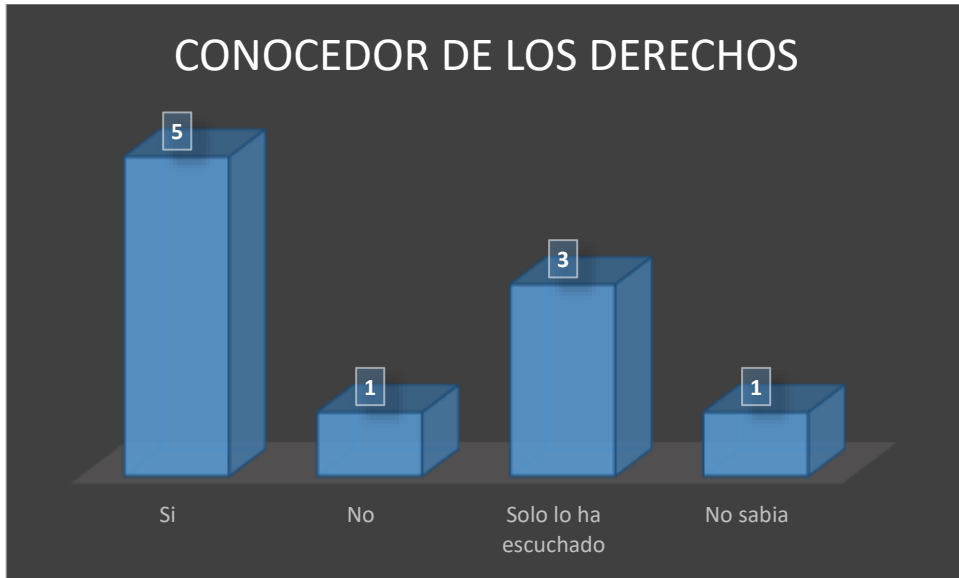
CONOCEDOR DE LOS DERECHOS		
Conocedor	fi	%
Si	5	50
No	1	10
Solo lo ha escuchado	3	30
No sabia	1	10
	10	

La desinformación es la cuna de las malas decisiones y de los malos entendidos, esta vez no fue la excepción ya que previo a entrar a la sala de expulsión las parturientas en un 50 por ciento dijeron conocer sus derechos como derecho habientes del servicio, pero el resto de mujeres específicamente un 30 por ciento dijo solo haber escuchado de ellos mas no saber exactamente cuales, un 10 por ciento no supo de sus derechos hasta después de la encuesta y el otro 10 por ciento no sabía absolutamente nada de dichos derechos.

Tabla 3



Gráfica 3



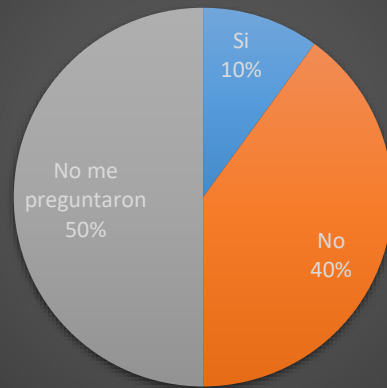
4.1.4 Tabla y gráficas de pregunta #4

PREGUNTARON USO DE POSTURA		
POSTURA	fi	%
Si	1	10
No	4	40
No me preguntaron	5	50
	10	

Se continua la toma de decisión humanizada acorde a las posturas ginecológicas de la mujer, la mayor parte expresa que no se les pregunta el modo en la que quieren llevar a cabo el parto dando un resultado del 50 por ciento, un 40 por ciento no tuvo el derecho a elegir y un 10 por ciento aseguró pudo cambiar su postura.

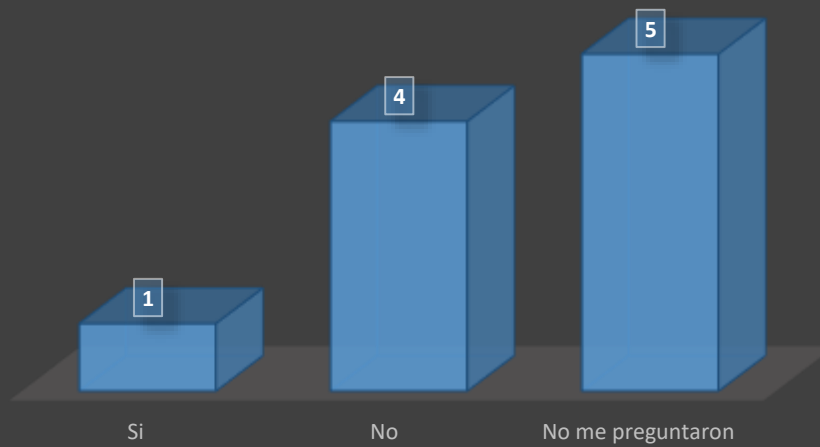
Tabla 4

PREGUNTA EL USO DE DERECHO



Grafica 4

PREGUNTA EL USO DE DERECHO



4.1.5 Tabla y gráficas de pregunta #5

Tipo de parto		
Elección	fi	%
Cesárea	5	50
Natural	5	50
No me preguntaron	0	0
	10	

En cuanto a los partos realizados dividieron disputas, entre el método natural y por cesárea, un 50 por ciento donde las de parto no natural, es decir por vía cesárea mostraron su decisión gracias a que el producto ponía en riesgo a la madre en al menos 3 encuestadas, diciendo que en el tema de elección nadie se interpuso.

Tabla 5



Gráfica 5



4.1.6 Tabla y gráficas de pregunta #6

¿Por qué ese tipo de parto?		
Elección	fi	%
Complicación	4	40
Decisión propia	2	20
No pude elegir	1	10
Guía medica	3	30
	10	

Los partos tienen una razón para elegirse, las mujeres accedieron a realizar sus procedimientos por estas razones: 40 por ciento por el riesgo representado, 30 por ciento por que fueron guiadas por un médico, 20 por ciento por ser una decisión propia o ya sea en parejas o por experimentar su maternidad de una manera diferente y solo el 10 por ciento no tuvo la posibilidad de elegir.

Tabla 6



Grafica 6

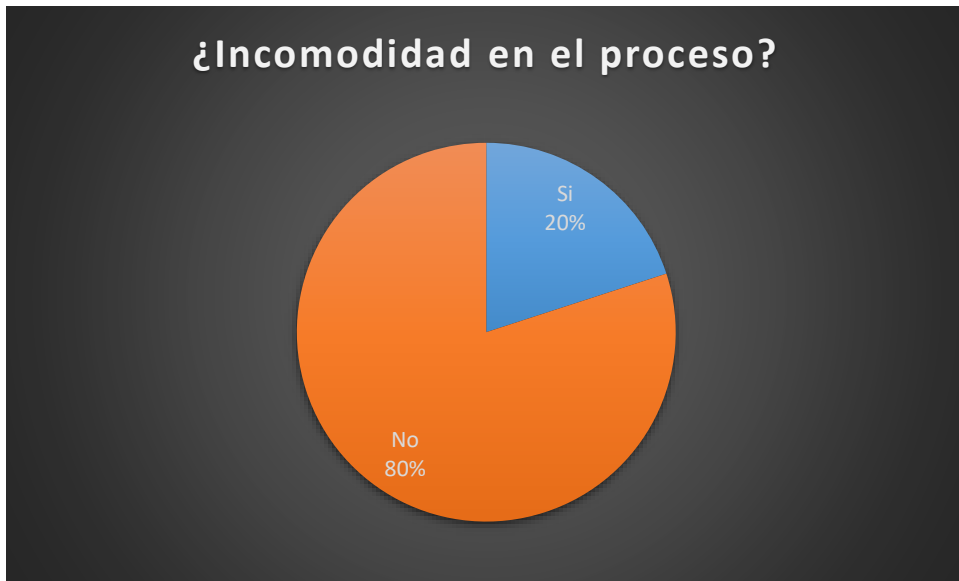


4.1.7 Tabla y gráficas de pregunta #7

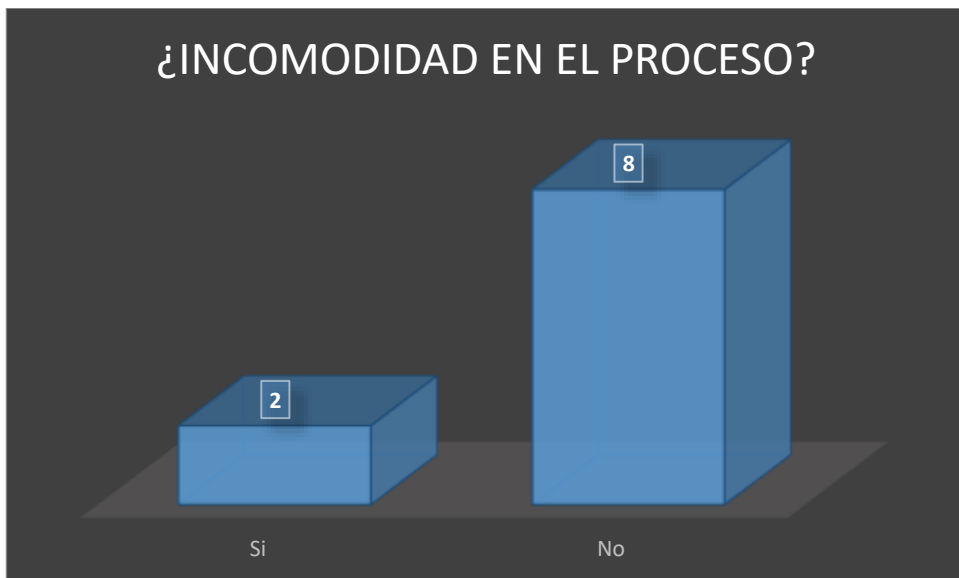
¿Incomodidad en el proceso?		
Respuesta	fi	%
Si	2	20
No	8	80
	10	

Refiriendo a la privacidad y a resguardar la dignidad del paciente 80 por ciento de las mujeres dijeron no haber sufrido incomodidades en el proceso mientras que el 20 por ciento tomo la decisión de decir que si llegaron a ser incomodadas por actitudes del personal.

Tabla 7



Grafica 7

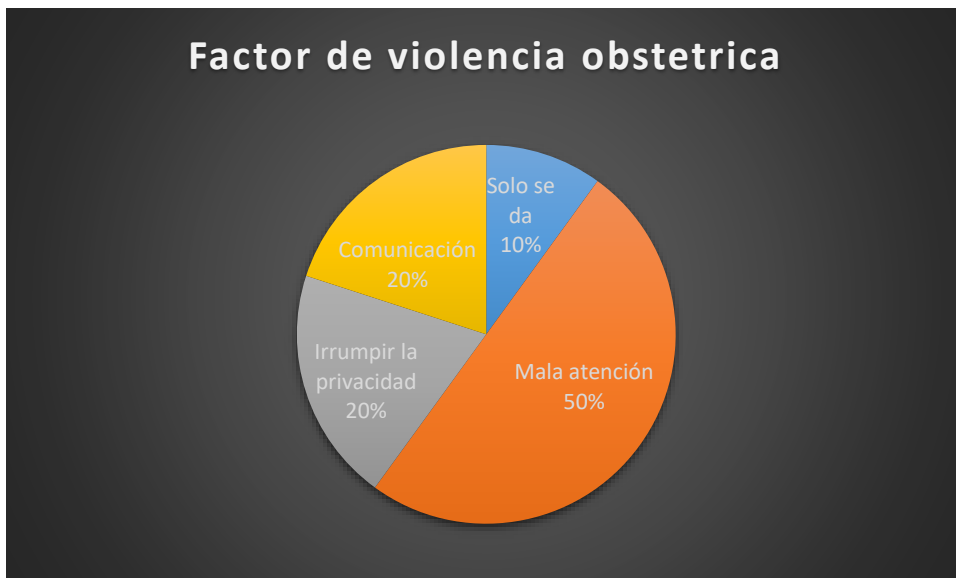


4.1.8 Tabla y gráficas de pregunta #8

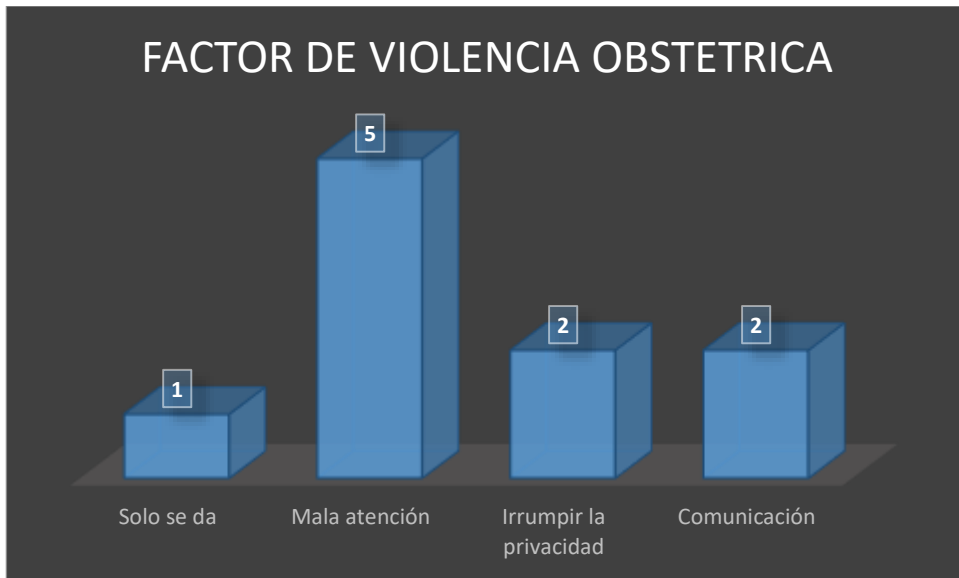
Factor de violencia obstétrica		
Factor	fi	%
Solo se da	1	10
Mala atención	5	50
Irrumpir la privacidad	2	20
Comunicación	2	20
	10	

Observando los factores de violencia obstétrica las ahora madres, en un 50 por ciento dijeron que un factor para violentar a la mujer es la mala atención y el maltrato en el procedimiento, el 20 por ciento dijo que irrumpir su privacidad, otro 20 por ciento expresó que la falta de comunicación paciente y personal y el 10 por ciento dice que es un factor que se da solo.

Tabla 8



Gráfica 8

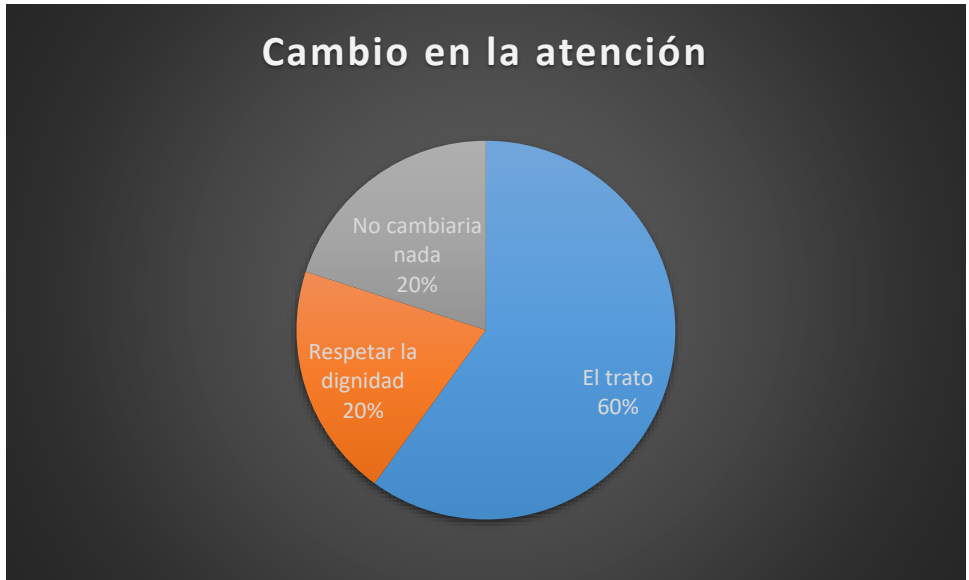


4.1.9 Tabla y gráficas de pregunta #9

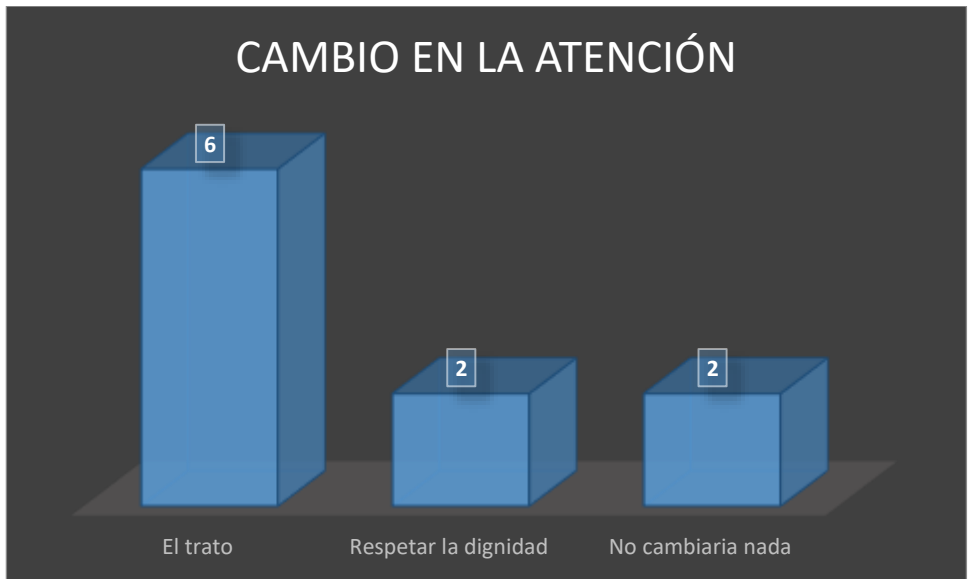
Cambio en la atención		
Cambio	fi	%
El trato	6	60
Respetar la dignidad	2	20
No cambiaría nada	2	20
	10	

Se les hizo la pregunta, que constaba en saber si ellas cambiarían algo del hospital y en especial del área donde fueron atendidas, por lo que un 60 por ciento dijo que cambiarían el trato, un 20 por ciento que se respetara la dignidad y el otro 20 por ciento no cambiaría nada.

Tabla 9



Grafica 9

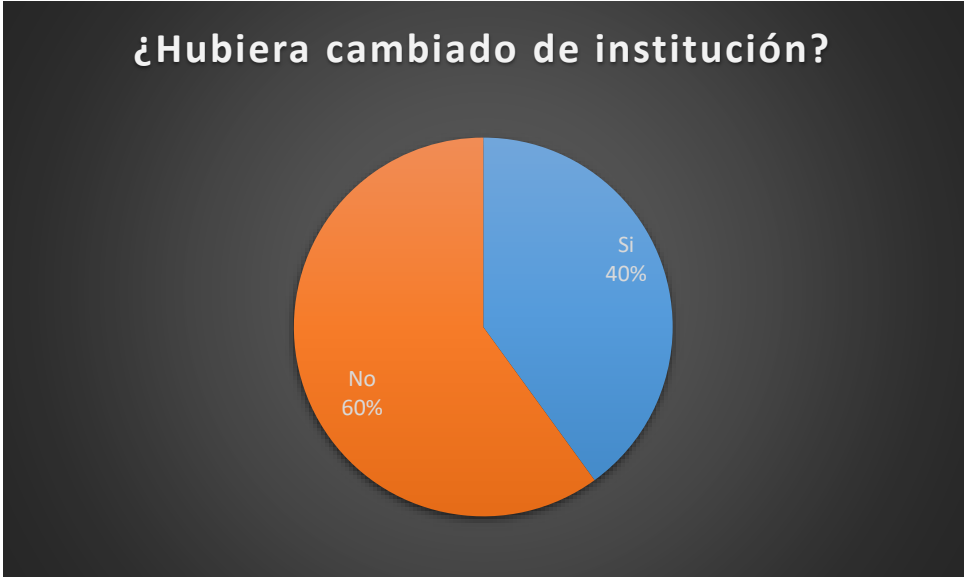


4.1.10 Tabla y gráficas de pregunta #10

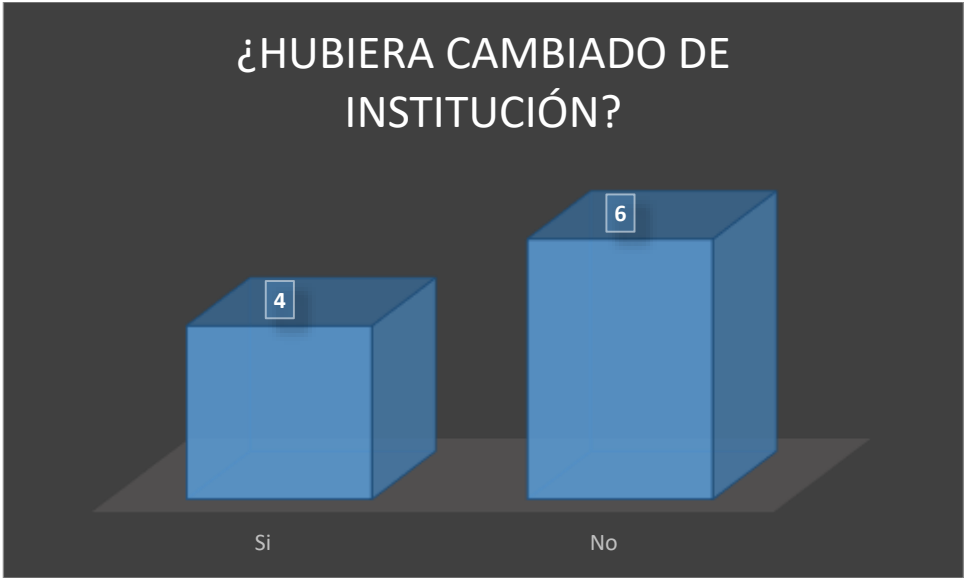
¿Hubiera cambiado de institución?		
Elección	fi	%
Si	4	40
No	6	60
	10	

Al igual se les hizo la propuesta de si hubiesen podido cambiar de institución y para nuestro asombro el 60 por ciento no cambiaría de institución y un 40 por ciento si lo haría.

Tabla 10



Grafica 10



4.2 Conclusiones

Tras meses arduos de investigación y de recolección de datos, se ha expuesto el tema a conciencia de quienes lleguen a leer este tema, tanto aquellos que estén dentro del área profesional de la salud o de aquellos quienes quieren adentrarse a conocer algo del parto humanizado.

es un hecho que durante nuestro proceso de investigación estuvimos adentrados a los parámetros y lineamientos que las bibliografías y demás fuentes sugerían del parto humanizado, es tanto así que involuntariamente llegamos a criticar el rendimiento del hospital materno infantil, claramente este error de omisión nos llevó a reformular las ideas y a buscar más acerca de los procedimientos que realiza en dicha institución, por mencionar un ejemplo de nuestro inicio, se creía que los pacientes constantemente reportaban al personal por un maltrato, más sin embargo fuera de lo que se pensaba, es decir que, se suponía que eran médicos y enfermeros los causantes de la deshumanización del proceso de parto, resultó ser que en realidad las madres luego de la atención del parto refirieron un trato amable y bueno del personal en general, dicha confirmación es expresada en la tabla y la gráfica (ponemos cual es), en la cual los datos arrojados en más de la mitad de las encuestadas manifiestan una atención digna de los enfermeros y médicos incluyendo demás integrantes del área.

Ahora bien, la insistencia de mujeres en tanto a quienes dicen no haber recibido una buena atención es por al menos tres razones basadas en evidencia estadística, las mujeres necesitan de privacidad y es cierto, estas cosas alusivas a que visitantes de las madres puérperas visitan el área y muchas de ellas aún se encuentran en un proceso de exploración y de tacto, en donde la vestimenta consta de una bata y sin otra prenda de vestir íntima, a lo cual el hecho de que un hombre ingrese a ver a una mujer en puerperio ,un ejemplo recurrente : el

esposo o visitante , se tendrá que encontrar en su estancia a mujeres en labor o incluso en proceso; se dirá que las cortinas llegan a proteger la privacidad, pero lo cierto es que no se les brinda suficiente espacio de privacidad en tanto al ingreso de personas extra de la sala, estas acciones incomodan o en sus extremidades llegan a sentir acoso por parte de quienes ingresan aunque la intención no vaya referida a eso.

El libro, “**Nosotras parimos**”, nos muestra la violencia obstétrica en las clínicas y hospitales latinoamericanos, en la que expresa la importancia de la elección de la posición de expulsión de la mujer y la comunicación e información por derecho previo a la admisión. Analizamos un factor clave, y es que, ante la demanda de pacientes ingresadas, las salas se sobresaturan y causan que la elección de una postura se complique y no se realice, por tanto, se estipula en la norma oficial mexicana que por protocolo todas las mujeres deberán adoptar la posición ginecológica, litotomía, para ella correcta aplicación.

A esto llegamos a una conclusión bastante acertada en tanto a nuestras primeras sugerencias en las hipótesis, y es que para nuestras ideas formuladas el hospital materno infantil de Comitán si realiza un parto humanizado, al menos parcialmente, a todo esto, ¿Porque parcialmente? No bastando los datos recabados y queriendo llegar al fondo decidimos dar el final de nuestro tema con nuestro testimonio y encarnando las labores del personal de enfermería, durante la corta estancia en donde pudimos analizar los protocolos en directo, nos dimos cuenta de datos que pasaron desapercibidos por un instante, ya que se quejaban de la comunicación mujeres de etnia Tzeltal y Tojolabal, y no se refieren a que no se les explica el procedimiento, ellas expresan que no logran comprender el español y aun mas no son conocedoras de las áreas a donde serán trasladadas, a lo cual encontramos tanto una solución como una explicación, la explicación radica en que en primer lugar los idiomas no son compatibles y en segunda el hospital se sobresatura, a falta de personal los ingresos en admisión, es decir

desde el TRIASH deben de ser oportunos, pues la queja del mal trato se refería a que no eran atendidas de inmediato, cuando en realidad se prioriza la entrada acorde de la situación actual de la gestante.

Por consiguiente, la información no puede ser dada por enfermería por el cargo y la intervención rápida que se en ese momento surge, por ende, nuestra solución plantea proporcionar un álbum al estilo flujograma escrita en tres lenguas madres, que acompañada de imágenes se les pueda proporcionar a las mujeres no comprometidas en el parto durante su espera a ser atendidas, esto reduciría el grado de ansiedad en ellas y la preocupación, pues estarían sabedoras de lo que ocurre, es por eso que viviendo la experiencia nos queda claro que el personal triplica esfuerzos he intenta dar la mejor atención a todas por igual, pero la gran demanda en ingresos evita por ende darles en su totalidad toda información o algún cuidado alternativo previo a la labor es casi imposible, por lo que se requeriría aumentar el personal y dedicar un departamento a esta actividad, en el que sugerimos se trabaje como futuros proyectos de mejora.

4.3 Sugerencias

Como parte de las sugerencias a dar en nuestro tema desarrollado, decidimos ocupar las ideas antes presentadas en nuestra conclusión, el hecho de sacar ideas de una problemática y colocarlas como parte de un trabajo representa una sugerencia que podría enmarcar un cambio diferente en el hospital.

Se trata de crear un flujograma a manera de ser un álbum con fotos y anexos ocupando tres lenguas maternas representativas de la zona, esta con la finalidad de crear conciencia y de humanizar el parto, en las encuestas se manifestaron inconformidades de madres indígenas ante la poca comprensión que representa el choque cultural, el desespero se acrecienta desde la sala de admisión en donde no tener información de lo que precede a las indicaciones médicas las mujeres se sienten inseguras.

Nuestra propuesta es generar inclusión de las mujeres indígenas para con la sociedad de la zona, no se trata de incluir al castellano a la lengua madre indígena, es incluir estas lenguas al castellano español, la razón de dar información previa, es crear confianza y estar sabedoras de lo ocurrido, el equipo de apoyo estará conformado por personal de enfermería y de trabajo social, cabe mencionar que este proceso solo será para mujeres en primera instancia que no se vean comprometidas, es decir que no estén en estado de urgencias, solo se les proporciona este material a personas que estén en calidad de espera.

Si el resultado es el esperado el equipo encargado reducirá el estrés antes del parto, y de esta manera sabrán a lo que se enfrentan, el flujograma explicará el proceso desde la admisión, expulsión y la etapa de puerperio, tanto que contará con imágenes actualizadas de los servicios a pasar, la entrega del flujograma ilustrado será un esquema que será distribuido en las áreas de ginecología, triash

obstétrico y admisión, además de ser una guía didáctica, contará con palabras clave para mantener una comunicación mas clara con las mujeres y el personal médico, gracias a esto se dará un trato digno y será un paso mas cerca al parto humanizado.

BIBLIOGRAFÍA

- VALVERDE, I. & MENDOZA, N. M.& PERALTA, I. C. (2017) Enfermería pediátrica (2da ed.)
- (Tamayo, 2003)
- (GIRE, 2015).

- Acuña, T. M. (2017). PARTO PRETERMINO. *Revista Médica Sinergia*, 3.
- Sánchez, M. G. (2016). LAS POSICIONES MATERNAS DURANTE EL PARTO: UNA VISIÓN DIFERENTE DESDE LA ENFERMERÍA. En M. G. Sánchez, *LAS POSICIONES MATERNAS DURANTE EL PARTO: UNA VISIÓN DIFERENTE DESDE LA ENFERMERÍA* (pág. 58).

- Marcote, V. (2017). *NOSOTRAS PARIMOS guía para un parto respetado* . Buenos aires: Editorial Paidós SAICF.

ANEXOS