

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



TESIS

PROPUESTA EDUCATIVA: ESPECIALIDAD EN PARTERÍA
PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA
PRESENTA:

DIANA LÓPEZ CENTENO

ASESORA DE TESIS:
DRA. LUCILA CÁRDENAS BECERRIL

REVISOR DE TESIS:
DRA. BEATRIZ ARANA GÓMEZ

Toluca de Lerdo, México, Junio de 2016



8.5 Voto Aprobatorio : Evaluación Profesional

Facultad de Enfermería y Obstetricia
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 06

Fecha: 23/01/2015

VOTO APROBATORIO

Toda vez que el trabajo de evaluación profesional, ha cumplido con los requisitos normativos y metodológicos, para continuar con los trámites correspondientes que sustentan la evaluación profesional, de acuerdo con los siguientes datos:

Nombre del pasante	DIANA LÓPEZ CENTENO			
Licenciatura	ENFERMERÍA	Nº de cuenta	0923957	Gen: 2009-2013
Opción	TESIS	Escuela de Procedencia	FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA	
Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional	PROPUESTA EDUCATIVA: ESPECIALIDAD EN PARTERÍA PROFESIONAL			

NOMBRE		FIRMA DE VOTO APROBATORIO	FECHA
ASESOR	DRA. LUCILA CÁRDENAS BECERRIL		23 Mayo 2016
COASESOR ASESOR EXTERNO (Sólo si aplica)			

NOMBRE		FIRMA Y FECHA DE RECEPCIÓN DE NOMBRAMIENTO	FIRMA Y FECHA DE ENTREGA DE OBSERVACIONES	FIRMA Y FECHA DEL VOTO APROBATORIO
REVISOR	DRA. VIANEY MENDEZ SALAZAR	 27 oct 15	 18. No. V 15	 23-05-16
REVISOR	DRA. BEATRIZ ARANA GÓMEZ	 04/04/16	 18/04/16	 23/05/16

Derivado de lo anterior, se le AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN DEL TRABAJO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL de acuerdo con las especificaciones del anexo 8.7 "Requisitos para la presentación del examen de evaluación profesional".

NOMBRE		FIRMA	FECHA
ÁREA DE EVALUACIÓN PROFESIONAL	Dr. en Titul. Yegenia Coarua Zepeda		24-Mayo-2016

ÍNDICE	
Dedicatoria	5
Introducción.....	6
Planteamiento del problema.....	8
Justificación.....	11
Objetivos	13
Supuesto	13
Metodología.....	14
CAPÍTULO 1. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	16
1.1 Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino	16
1.1.1 Genitales externos	16
1.1.2 Genitales internos	18
1.2 Embarazo.....	26
1.2.2 Gametogénesis	27
1.2.3 Fecundación.....	28
1.2.4 Embrión preimplantatorio	30
1.2.5 Desarrollo prenatal.....	32
1.2.6 Desarrollo de la placenta	34
1.2.7 Periodo fetal.....	35
1.3 Parto	36
1.3.1 Estadios del parto	39
1.3.1.1 Dilatación. Primer estadio	39
1.3.1.2 Expulsivo. Segundo estadio.....	40
1.3.1.3 Alumbramiento. Tercer estadio	44
1.4 Puerperio	46
CAPÍTULO 2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	50
2.1 Planeación del embarazo.....	50
2.1.1 Consulta preconcepcional.....	51
2.1.2 Servicios de Planificación Familiar.....	53
2.1.3 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual NOM-039-SSA2-2002.....	56
2.2 Embarazo.....	58
2.2.1 Embarazo inesperado	58
2.2.2 Diagnóstico de embarazo	61

2.2.3 Signos y síntomas de embarazo	62
2.3 Control prenatal.....	65
2.3.1 El control prenatal basado en la NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.....	66
2.3.2 Maniobras de Leopold.....	69
2.4 Preparación del parto.....	71
2.4.1 Ejercicio psicoprofiláctico	73
2.5 Parto	76
2.5.1 Atención al parto y la NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.	76
2.5.2 Recomendaciones de la OMS sobre el parto y nacimiento.....	79
2.5.3 Paradigma del parto humanizado	81
2.6 Puerperio	83
2.6.1 Atención al Puerperio y la NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.	83
2.7 Lactancia materna.....	84
2.8 Recomendaciones de atención del recién nacido vivo y la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.....	87
CAPÍTULO 3. PROPUESTA DE PROGRAMA DE ESPECIALIDAD DE PARTERÍA PROFESIONAL	89
Justificación del programa	89
Objetivos	90
Áreas curriculares	90
CONTENIDOS	91
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	117
4.1 Análisis e interpretación de resultados.....	117
1) Consulta Prenatal	119
2) Trabajo de Parto	124
3) Puerperio	132
4.1.2 Discusión general.....	141
Conclusiones y sugerencias	143
Fuentes de información.....	148
Anexo.....	158

DEDICATORIA

Quiero dedicar este logro antes que nada al todo poderoso que me ha permitido llegar al final de este ciclo en mi vida profesional y personal.

A Sara mi hija, por ser una luz en mi vida. A mis padres por su apoyo incondicional.

Mi gratitud incondicional a todos y cada uno de los seres que han colaborado en la realización de esta tesis.

Especialmente a la Doctora Lucila Cárdenas Becerril, asesora de este trabajo.

A la partera Mirna Edith Amaya Valladares, por la inspiración para realizar este trabajo de investigación.

Gracias, a todos ellos por el tiempo dedicado a este trabajo. Tiempo, uno de los tesoros más preciados en esta vida, en unos tiempo invertido y en otros tiempo robado.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se realizó a raíz de las observaciones que se llevaron a cabo durante la práctica del profesional de enfermería referente a ginecología y obstetricia, motivo por el cual la investigadora indagó acerca de la satisfacción que presentan las mujeres durante la atención hospitalaria en el proceso del embarazo, parto y puerperio; para ello se elaboró una cédula de entrevista con dos categorías que hacen referencia a este proceso en las que se evalúa el nivel de satisfacción en un sentido cualitativo de la atención recibida, y en la tercera categoría se indaga acerca de un modelo de atención ancestral pero innovador en la atención ginecológica y obstétrica llamado partería.

En el primer capítulo de la investigación se encuentra el sustento teórico que proviene de la medicina basada en evidencia científica, en donde se revisaron documentos nacionales y extranjeros, para fundamentar los modelos de atención que actualmente se tienen para la atención en nuestro país, así como el conocimiento de anatomía, fisiología y procesos que se llevan a cabo en el organismo durante el proceso reproductivo.

En el segundo capítulo se habla de los cuidados que brinda el profesional de enfermería durante la etapa reproductiva de la mujer y el hombre, con especial atención a la primera debido a que tiene un papel muy importante en este proceso, así como el paradigma de atención integral en el que se encuentra el profesional ante los contextos recurrentes que existen debido a los modelos de atención vigentes, mismos que coartan la atención integral que ofrece este profesional de la salud.

En el tercer capítulo se realiza la propuesta de especialidad en partería profesional, en donde se desarrollan los contenidos temáticos de la misma y en base a los lineamientos de las políticas nacionales e internacionales concernientes en esta materia.

En el cuarto capítulo se describe la aplicación de las entrevistas, la investigación se realizaron en un hospital de segundo nivel de atención ubicado en San Felipe

del Progreso Estado de México, en donde se solicitó la autorización de las autoridades correspondientes para la realización del estudio, una vez que se obtuvo la autorización se realizaron entrevistas a mujeres que se encontraran en el área de ginecología y alojamiento conjunto y que de manera voluntaria quisieran participar, se utilizaron preguntas con respuesta abierta, las entrevistas se grabaron y posteriormente se transcribieron las respuestas obtenidas, una vez que se llegó a el objetivo inicial de entrevistas a realizar se analizaron los datos sociodemográficos con el programa Excel y con respecto a datos de la entrevista se analizaron en el programa Word en dos etapas para el análisis e interpretación de los mismos.

Con los datos obtenidos de las entrevistas realizadas y en base a los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud se realizó una propuesta de especialidad en partería profesional, en donde se desarrollan los contenidos temáticos que atienden las necesidades que las mujeres presentan durante la etapa reproductiva. Y ya que uno de los principales objetivos del profesional de enfermería es el cuidado (care), esta propuesta de especialidad contribuiría a reforzar las habilidades y destrezas con las que cuenta el profesional de enfermería con énfasis en materia de salud ginecológica y obstétrica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad materna es un problema a nivel mundial, se define como: “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los primeros 42 días al término del embarazo, independientemente de la duración y lugar, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales” (OMS, 2005: 11).

A nivel mundial se han realizado esfuerzos por reducir la Razón de Mortalidad Materna, cada país ha implementado diferentes estrategias, tomando en cuenta los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* y las recomendaciones de la Organización de las Naciones Unidas. En México se han implementado algunas acciones para favorecer la salud y bienestar de la población materna, pese a ello, las cifras del Consejo Nacional de Población (CONAPO), muestran que fallecen 1,300 mujeres al año en edad reproductiva, por causas relacionadas con la maternidad (citado en Torres y Rubio., 2014:1), con este panorama, uno de los mayores retos que existen en México es la cobertura de servicios de salud en municipios y zonas marginadas donde predomina la población indígena, siendo las mujeres indígenas quienes tienen una razón de mortalidad materna hasta tres veces mayor que aquellos municipios sin población indígena y la mayoría de estas muertes puede prevenirse, siempre y cuando se brinden servicios de atención de calidad y se atiendan oportunamente (Consejo Nacional de Evaluación de la Política y Desarrollo Social , 2010: 23).

Una de las estrategias que se tomó para disminuir la mortalidad materna en México fue el uso de la cesárea en casos médicamente justificados, no obstante, actualmente se ha abusado de este procedimiento, según cifras del Sistema Nacional de Información en Salud: nueve de cada diez partos en hospitales privados y cuatro de cada diez en los hospitales públicos son por cesárea, cada uno de estos procedimientos generan gastos multimillonarios al año, además de que existen mayores probabilidades de complicaciones, tanto para la madre como para el recién nacido, a corto y largo plazo (Secretaría de Salud y Cols, 2014: s/p).

Algunas de las razones posibles que explican el aumento de estas cifras en los hospitales públicos, es la falta de camas y de personal capacitado para asistir a la

población materna, por lo tanto se realizan procedimientos de parto de la manera más rápida, donde la “mejor” opción pareciera ser una cesárea.

Ante esta problemática la Secretaría de Salud (SS) en México ha dado apertura al segundo modelo de atención al proceso salud enfermedad, llamado modelo médico tradicional, donde acorde a los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014: s/p), el personal reconocido para otorgar atención al embarazo, parto y recién nacido son los médicos, las enfermeras obstetras y las parteras, para quienes, según García, desafortunadamente en México no existen las condiciones para que lleven a la práctica sus conocimientos, cuando históricamente han demostrado su eficacia para contener algunos problemas obstétricos, siempre con un enfoque integral, atención humanizada y limitando el uso de la tecnología y medicalización, delineando así un modelo de atención integral, en donde la concepción del embarazo, parto y puerperio son entendidos como procesos naturales, brindando a la mujer apoyo emocional. Según reportes del CONAPO, cifras no oficiales demostraron que en 2010 el 92.2% de los partos registrados fueron atendidos en una institución médica del país y el 7.8% en casa de la madre, no obstante, en ambos casos se presentaron complicaciones para la madre y el recién nacido, pero son mayores en el sistema hospitalario (23.8%), en relación al sistema tradicional (20.2%). En comparación con cifras oficiales, se menciona que el 25% de los nacimientos registrados anualmente son atendidos por parteras (García y cols., 2012: 815).

Un estudio realizado por Graciela Freyermuth, en Chiapas en 2002, en el Programa Ampliación de Cobertura (PAC), mostró que la atención de un parto por parte de un médico, le significó al PAC \$ 631.85, si éste fue atendido por una enfermera la cifra fue de \$ 405.84, mientras que si fue atendido por una partera erogó \$ 35.12. Así, con la intervención de esta última "ahorran" al gobierno una enorme cantidad de recursos, por lo que resulta justo que sean los gobiernos federal, estatales y municipales, quienes establezcan mecanismos para apoyar, capacitar y remunerar la labor que realizan las parteras (Torres y Rubio, 2014: 6).

Siguiendo la idea del papel fundamental de la partera en la atención del embarazo, parto y puerperio, sobre todo en zonas marginadas, donde el Sistema

de Salud no ha cubierto la totalidad de la demanda de atención, en esta investigación se propone la creación de la *Especialidad en Partería Profesional*, como una alternativa profesional y disciplinaria de aportar conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores en la atención de las mujeres, durante las tres etapas por las que transitan en su función de madres: embarazo, parto y puerperio.

Derivado de las consideraciones anteriores se plantean dos preguntas de investigación: 1) ¿Qué satisfacción presentan las mujeres durante su atención gineco-obstétrica en el sistema hospitalario? y 2) ¿Puede ser la propuesta educativa de partería profesional dirigida a los profesionales de enfermería una estrategia para satisfacer la demanda de atención que solicitan las usuarias?

JUSTIFICACIÓN

A nivel internacional, el Objetivo No.5 de Desarrollo del Milenio es reducir la Razón de Mortalidad Materna (RMM)¹ en un 75% entre 1990 y 2015, lo que se traduce en el compromiso que tiene el Estado para reducir la mortalidad y morbilidad materna, así como mejorar los servicios de salud (ONU, 2013: s/p).

La Organización Mundial de la Salud (2015), reporta que todos los días mueren 830 mujeres en el mundo por causas relacionadas con el embarazo y el parto, aclarando que estas muertes pueden ser prevenibles. El porcentaje de muerte materna aumenta cuando existen situaciones de vulnerabilidad, como vivir en zonas marginadas, bajos recursos económicos y padecimiento de enfermedades como eclampsia y preeclampsia que conducen a abortos (Organización Mundial de la Salud, 2015: s/p).

De acuerdo a los Objetivos del Milenio la RMM debería disminuir para el 2015 en un 75%, pero para México el panorama es muy distinto y poco alentador, según las cifras del Observatorio de Mortalidad Materna (OMM), la RMM en México, de 1990 al 2011, fallecieron 28,042 mujeres por complicaciones durante el embarazo, aborto, parto o puerperio, de cada 100 mil nacidos vivos, remarcando claramente que en algunos años hubo un incremento, como en el 2009 que la mortalidad era de 62.2% (OMM, 2012: s/p), ante estas cifras el Gobierno Federal ha establecido que es de carácter obligatorio la prestación de servicios de salud y la prevención de la mortalidad materna en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, sin embargo, los datos estadísticos no muestran una reducción notable en los últimos cinco años y algunas entidades federativas como Chiapas, Distrito Federal, Estado de México y Veracruz tienen el mayor índice de mortalidad materna (Lascano, *et al.*, 2013: s/p).

Ante esta situación, la mortalidad y morbilidad materna son un problema que necesita atención de manera urgente, reconociendo que la naturaleza de este fenómeno puede ser multifactorial, lo que implica una reestructuración del sistema de salud, además de otro tipo de propuestas que contribuyan a la resolución del problema.

¹ RMM a nivel internacional expresa el número de mujeres que mueren durante el embarazo, parto o puerperio por cada 100,000 nacidos vivos

Precisamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda que la atención del embarazo y el parto, inicie desde un cuidado perinatal efectivo, sensible y multidisciplinario, hasta una atención respetuosa de la cultura y las costumbres (Secretaría de Salud y cols., 2014: 12). Esta afirmación puede interpretarse desde un enfoque integral y humanístico, donde se busque un equilibrio entre la ciencia, la tecnología y el humanismo en la atención a la mujer embarazada, durante el parto y el puerperio.

En ese contexto, la *partería profesional* representa una oportunidad importante para la enfermería y la atención integral de la mujer bajo el respeto de la humanidad y cultura que representa, sabiendo que existe una estrecha relación entre la tradicional atención de la partera y la comunidad, así la capacitación y la formación académica de la misma haría alcanzable la meta de mejorar la salud materna, recomendación que hizo el Congreso de la Unión en el 2009 a las autoridades sanitarias: establecer acciones de capacitación para fortalecer las competencias técnicas de las parteras tradicionales.

En México existen pocos modelos educativos formalmente dirigidos a la profesionalización de parteras (Senado de la República, LXI legislatura, 2001: 3), aspecto que representa la principal motivación para la elaboración de este proyecto de investigación y la realización de una Propuesta en el área de Enfermería sobre la Especialidad en *Partería Profesional*, reconociendo, mediante las entrevistas a las mujeres que han sido atendidas durante su proceso reproductivo, la insatisfacción que manifiestan sobre las acciones o intervenciones, las cuales fundamentalmente hacen alusión a la falta de capacitación y especialidad del personal que ofrece sus servicios.

Las principales contribuciones que se esperan de este proyecto de investigación están enfocadas en dos sentidos. En principio, apoyar la atención oportuna, de calidad y humanística de las mujeres durante su proceso reproductivo (embarazo, parto y puerperio), y enseguida, fortalecer el desarrollo y progreso de la profesión, desde una especialidad emergente e importante, como lo es la partería profesional.

OBJETIVOS:

GENERAL:

Proponer la creación de la especialidad de partería profesional a la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México.

ESPECÍFICOS:

Caracterizar la opinión y satisfacción sobre la atención en salud que recibieron las mujeres en embarazo, parto y puerperio.

Elaborar y proponer, con base en las políticas nacionales e internacionales en la atención al embarazo, parto y puerperio, los contenidos del programa académico de la especialidad de partería profesional.

SUPUESTO

La satisfacción de las usuarias ante la atención que se les brinda en el proceso reproductivo depende de la actitud de los integrantes del equipo de salud del sistema médico vigente.

METODOLOGÍA

Se elaboró un estudio diagnóstico, exploratorio y propositivo. Se trata de un estudio transversal, con abordaje metodológico mixto (triangulación metodológica), el cual se desarrolló en tres fases:

Fase teórica

Se realizó una búsqueda de información en el Centro de Documentación de la Universidad Intercultural y de la biblioteca de la Facultad de Enfermería y Obstetricia, además se consultaron bases de datos como Scielo, Redalyc, Medigraphic, Diario Oficial de la Federación, Sistema Nacional de Información en Salud, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Organización Mundial de la Salud, Secretaría de Salud, entre otras.

Universo de estudio: Mujeres embarazadas o en puerperio.

Población: 21 mujeres elegidas por conveniencia.

Criterios de inclusión:

- Mujeres en puerperio.
- Que de manera voluntaria quisieron participar en el estudio.
- Mayores de edad (18 años), o que en su defecto hubiese un permiso de sus padres para participar en el estudio.
- Que fueran pacientes del hospital en donde se realiza el estudio.

Fase de campo

Se realizó una entrevista a profundidad a 21 mujeres, con el propósito de evaluar su satisfacción con respecto a la atención brindada por el personal de salud, así como las intervenciones de educación otorgada a las mujeres, que obstaculizan o favorecen la identificación de las posibles complicaciones del binomio madre-hijo, durante el embarazo, parto y puerperio.

Las entrevistas se efectuaron en un hospital general de segundo nivel de atención en el Estado de México, a mujeres que se encontraban en las áreas de Alojamiento conjunto y Hospitalización Gineco-obstetricia.

La participación de las usuarias fue voluntaria. La fase de recolección de información se realizó en un periodo de cuatro semanas, en horario matutino. El proceso de consentimiento informado se realizó mediante la explicación personalizada a cada participante potencial, obteniendo la autorización al acceder a responder las preguntas del instrumento al firmar el consentimiento informado. Los datos personales se manejaron de manera confidencial y anónima, como lo menciona el Reglamento en materia de investigación para la salud de la Ley General de Salud.

Con respecto al instrumento, se trata de una guía de entrevista, que consta de 14 reactivos, la primera sección incluye 9 variables socio demográficas y clínicas, para caracterizar a la población de usuarias, las cuales son: domicilio, servicio en el que se encuentra, número telefónico, edad, estado civil, nivel de estudios, número de hijos, número de partos, número de cesáreas y número de consultas prenatales a las que asistió en su embarazo. La segunda sección incorpora 14 reactivos que recolectan información sobre la atención que recibieron las pacientes durante las consultas prenatales, el trabajo de parto y parto, el puerperio y razón de atención en hospital, para que con ello las usuarias puedan evaluar la satisfacción de atención e información recibida por el personal de salud, en cada etapa concerniente al proceso reproductivo.

Fase analítica

Las entrevistas fueron grabadas, una vez terminadas se procedió a su transcripción en el programa Word; se realizó un análisis de contenido de la información colectada y se incorporaron elementos vivenciales a la propuesta teórica de la creación de la especialidad de partería profesional, con la finalidad principal de responder a las necesidades de atención de salud de las mujeres en etapa reproductiva.

CAPÍTULO 1. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

1.1 Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino

Según Fargas la anatomía de los órganos genitales de la mujer puede variar, dependiendo del desarrollo y del momento fisiológico. De acuerdo con la función el aparato genital femenino se divide en órganos esenciales y órganos accesorios: los primeros destinados a llevar a término la función de la procreación; los segundos, órganos auxiliares de los primeros. En los órganos esenciales encontraremos al ovario, el útero y la trompa como órgano de perfeccionamiento, y entre los órganos accesorios la vulva, la vagina y otros.

Los órganos esenciales son órganos viscerales situados en el interior de la pelvis, en la gran cavidad del peritoneo; y los órganos accesorios son externos, hacia las regiones cutáneas y ponen a los órganos esenciales en comunicación con el exterior. Los órganos esenciales constituyen el verdadero aparato de generación de vida, con el ovario que forma el óvulo, la trompa que comunica a éste con el útero, donde se incuba hasta alcanzar el grado de desarrollo y madurez adecuado.

1.1.1 Genitales externos

Los genitales externos están compuestos por la vulva y la vagina; y como órganos adyacentes, la uretra, el ano y el periné. La región vulvo-anal, hacia arriba y adelante, el monte de Venus, que se extiende hacia abajo y atrás los dos grandes labios, separados por la hendidura vulvar; de arriba abajo, los grandes labios van adelgazándose para unirse en sus extremos y constituir la horquilla; detrás de la horquilla se encuentra el periné, que formando en la línea media una superficie de unos tres centímetros, separa la horquilla de la vulva, que está por delante, del ano, que viene inmediatamente detrás del periné.

Si se separan los labios, abriendo la hendidura vulvar, es posible observar, de arriba abajo, el clítoris en su parte alta, formando la salida a la hendidura vulvar, con su capuchón constituido por dos pliegues mucosos, que extendiéndose hacia abajo, uno a cada lado, en la base de la cara interna de los grandes labios, en una longitud de unos tres centímetros, constituyen los pequeños labios, esos

repliegues son mucosos, y al continuarse con la piel de los grandes labios, invaden algo la cara interna de éstos, en donde se encuentra el punto de unión de la piel con la mucosa.

El ángulo formado por el clítoris y los pequeños labios se hallan cerrados hacia atrás por el contorno de la abertura vaginal, con lo que queda constituido un triángulo que forma el vestíbulo vulvar; hacia el centro de este vestíbulo, un poco más cerca de la base que del vértice de este triángulo, se encuentra la abertura de la uretra con el meato urinario, e inmediatamente detrás, y en la línea media, forma la mucosa una pequeña elevación algo rugosa, conocida con el nombre de tubérculo vaginal.

Detrás del vestíbulo, y formando parte de la vulva, se encuentra, en las núbiles, el himen con sus formas variadas, percibiéndose a través de su abertura la entrada de la vagina; para la mujeres que refieren una vida sexual activa aparece detrás del vestíbulo la abertura vaginal, limitada a los lados por los restos del himen, que constituyen las carúnculas mirtiformes, de forma y disposición sumamente variables.

La abertura vaginal presenta muchas variantes: en las nulíparas es casi circular, y permite ver el comienzo de la mucosa vaginal, de color rosado menos subido que el de las ninfas y carúnculas, formando pequeños repliegues longitudinales que se pierden hacia el interior. En las múltiparas la apertura es antero-posterior y bastante más grande, porque a consecuencia del primer parto casi siempre se rasga y desaparece la horquilla; por otra parte, el vestíbulo apenas puede distinguirse, porque su límite posterior desaparece con el paso del feto.

En la línea media de adelante hacia atrás, se localiza: el cuerpo del clítoris constituido por tejido esponjoso, la abertura de la uretra, la de la vagina, el rafe perineal, el ano y el rafe ano-coxígeo.

En la región del periné encontramos a cada lado el transverso del periné, y en ella vienen a confundirse el transverso del periné, el bulbo cavernoso, el esfínter del ano y el elevador del ano. De su fusión con la hoja profunda de la fascia

superficialis y tejido conjuntivo y celular, resulta el cuerpo perineal, en forma de pirámide, cuya base tenemos al descubierto y cuyo vértice se eleva unos tres centímetros entre la pared posterior de la vagina y la anterior del recto.

Alrededor del ano se halla el esfínter, confundido por delante con el periné y por detrás con el rafe ano-coxígeo. A los lados del esfínter del ano se encuentra un hueco ocupado por tejido celular, el hueco isquio-rectal, limitado hacia adentro, y hacia afuera por el obturador interno, que hacia arriba se pone en contacto con el elevador del ano, de modo que el espacio isquio-rectal viene a tener la forma de una pirámide cuya base está cerrada por la capa cutáneo-celular.

A partir del orificio vulvar, la vagina forma un conducto mucoso-muscular de 9 a 10 centímetros de longitud, que, dirigiéndose oblicuamente hacia atrás y arriba, viene a unirse alrededor del cuello del útero, formando allí una inserción circular, esta inserción limita el fondo de saco vaginal, que se divide en anterior, posterior y laterales. La dirección de la vagina hacia arriba y atrás forma con el horizonte un ángulo aproximado de 60 grados, y así se comprende que la pared vaginal anterior sea dos centímetros más corta que la posterior: la pared vaginal anterior esta en relación de abajo arriba: con la uretra, con la que tiene unión bastante íntima, y con el fondo de la vejiga; la unión de la pared vaginal con la vesical es menos íntima que con la uretral. Por su pared posterior se halla en íntima relación: con el cuerpo perineal, en unión íntima hacia la base de éste y laxa hacia el vértice; con la pared anterior del recto en unos tres centímetros, y con el peritoneo del fondo de Douglas; estas últimas conexiones son poco densas. Por los lados, con el elevador del ano y tejido celular.

1.1.2 Genitales internos

Si se separan las cubiertas abdominales queda a la vista el dental epiploico, cubriendo el intestino delgado. En la línea media se encuentra sucesivamente la piel y el tejido celular subcutáneo, la línea alba, el tejido sub-peritoneal y el peritoneo. Hacia los lados (hipogastrio) se encuentran los músculos rectos, y en la parte de la región hipogástrica, se encuentran todavía la línea media, el hacecillo piramidal, los músculos rectos están contenidos en una vaina aponeurótica, como si la línea alba se bifurcase, más hacia fuera se encuentran las aponeurosis del

oblicuo externo, de interno y del transverso, y más a los lados, los tres músculos correspondientes de las cubiertas abdominales. La parte más interesante es la línea media y su continuidad, y conviene recordar que a los lados de la línea media, a una distancia de algunos milímetros, se encuentra el borde del recto.

El delantal epiplónico cubre los intestinos delgados, y aunque con muchas variaciones respecto a su grosor y extensión, no es raro verlo descender sobre la sínfisis del pubis y el área de estrecho superior; por eso en ciertos procesos flogísticos de los genitales internos, lo encontramos adherido hacia el estrecho superior. Levantando el delantal epiplónico se halla toda la masa de intestinos delgados, que es el único que aparece en la cavidad abdominal, serpenteando y llenando todos los huecos, descienden sus asas hasta la pelvis, de modo que se pone en contacto de los genitales internos, de la vejiga y de la cara anterior del recto.

Si se separa toda la masa de intestinos delgados, queda la pelvis libre y ocupada por sus órganos propios: hacia la fosa iliaca derecha, el ciego con el apéndice, que fácilmente se pone en contacto con los anexos derechos del útero; y hacia la fosa izquierda, y la "S" iliaca con sus variantes y también con facilidad en relación inmediata con los anexos izquierdos. Separados el ciego y la "S" iliaca, queda al descubierto el fondo de la pelvis en el que, de adelante hacia atrás, puede observarse: en la línea media la vejiga aplanada y oculta detrás del pubis, si está vacía, o formando una prominencia mayor o menor según su estado de plenitud; detrás de la vejiga el útero, con su fondo mirando arriba y adelante aproximadamente en la dirección de la cicatriz umbilical, su cara anterior descansando sobre la vejiga y su cara posterior en la parte libre se encuentra detrás del útero y delante de la concavidad del sacro.

Hacia los lados se encuentran los ligamentos anchos, que parten de los bordes del útero, y extendiéndose hasta la pared pélvica lateral y fosa iliaca, forman como un tabique trasversal en la pelvis, que limita un espacio anterior, que contiene la vejiga, y uno posterior, que contiene el recto.

Los ligamentos anchos, constituidos por un repliegue del peritoneo, forman en su borde superior tres repliegues: uno anterior, donde se encuentra el ligamento redondo, que desde el cuerno del útero va al conducto inguinal; otro medio, en el que se halla la trompa de Falopio, que va desde el cuerno del útero a la pared pélvica, es flexuosa y goza de gran movilidad; y otro posterior, en el cual se halla el ovario, que se continua hacia afuera con el repliegue infundíbulo-pélvico y forma, para dicho órgano, un verdadero pedículo.

Todos estos órganos están cubiertos por el peritoneo. Desde la cara posterior de la pared abdominal, el peritoneo se refleja sobre la vejiga. Por debajo de este pliegue peritoneal se halla abundante tejido celular muy laxo, de manera que, según la vejiga esté llena o vacía, el repliegue peritoneal se hará a mayor o menor altura, cuando está muy llena, queda bastante espacio para llegar a la vejiga por encima del pubis sin tocar el peritoneo, como se hace en la talla suprapúbica de la vejiga; la serosa se refleja después sobre la cara anterior del útero, un poco más arriba del sitio correspondiente al istmo, adhiriéndose bastante al órgano y recubriéndolo en su fondo y cara posterior; entre la vejiga y el útero forma el peritoneo un fondo de saco que está separado del fondo de saco vaginal anterior tan sólo unos dos centímetros, en cuyo espacio la pared anterior del útero y la posterior de la vejiga están en relación inmediata, separadas sólo por tejido celular. Cualquier cuerpo que haya en el fondo de saco peritoneal vesico-uterino se podrá tocar a través del fondo de saco anterior. De la cara posterior del útero, el peritoneo desciende hacia abajo, recubriendo la pared vaginal posterior en una extensión de dos a tres centímetros, para reflejarse sobre la cara anterior del recto, al que forma el meso-recto, que mantiene dicho órgano contra el sacro: al posterior del útero y parte alta de la vagina sobre la cara anterior del recto, forma el fondo de saco de Douglas, en el que puede explorarse fácilmente por el tacto cuanto ocurra, desde la vagina, con el solo intermedio de la pared vaginal posterior y la hoja peritoneal, y desde el recto, a través de la pared rectal anterior y el peritoneo correspondiente.

Por los lados, el peritoneo forma el gran repliegue del ligamento ancho, que desde los bordes del útero va a las paredes de la pelvis. Por el borde libre ese ligamento ancho tiene en su parte anterior el pequeño repliegue que contiene el ligamento

redondo, el cual, extendiéndose hasta la abertura interna del conducto inguinal, limita verdaderamente los dos compartimientos de la pelvis, el anterior, en el que está la vejiga, y el posterior, en donde se encuentra el recto. El repliegue de la trompa o meso-salpinx queda libre en su parte externa; el del ovario se halla tan sólo fijado por el ligamento infundíbulo-pélvico, de manera que la trompa y el ovario, aunque contenidos en los dos repliegues o alas posteriores del ligamento ancho, corresponden al compartimiento posterior de la pelvis; por eso los encontramos tan frecuentemente más o menos prolapsados en el fondo de Douglas; la mejor vía para su exploración es siempre por el fondo de saco vaginal posterior o el recto, mantenido el útero en la anteversión fisiológica por los ligamentos redondos, el compartimiento anterior de la pelvis sólo se hace visible cuando la vejiga está llena; si está vacía, el útero cae en anteversión más pronunciada sobre la vejiga, como si a manera de válvula cerrara este compartimiento anterior.

De la posición del útero dentro de la pelvis en estado normal, resulta que se encuentra colocado siguiendo aproximadamente la dirección del eje de la pelvis, ósea de arriba abajo y de delante atrás, formando por tanto un ángulo con el horizonte, abierto hacia adelante, aproximadamente de unos 70 grados, así como el que forma la vagina está abierto hacia atrás, resultando de ello que, al juntarse el útero y la vagina, forman sus ejes un ángulo abierto hacia adelante.

Si el peritoneo pelviano con la piel es separado, se observa en el fondo de la pelvis, y en la línea media, la vejiga, el útero y el recto desprovistos de su cubierta serosa; hacia los lados, el ligamento redondo, la trompa y el ovario; de atrás adelante, de arriba abajo y de fuera adentro, los vasos uterinos y ováricos y el uréter; y en el fondo, limitando el suelo de la pelvis un plano muscular de concavidad superior, que es el elevador del ano.

Medios de sostén. Contribuyen a mantener los órganos genitales en su posición respectiva: el elevador del ano con su aponeurosis, los ligamentos anchos, los ligamentos redondos, los útero-sacros, el cuerpo perineal y el tejido celular.

El músculo elevador del ano, con el isquio-coxígeo, forma en el suelo de la pelvis un verdadero diafragma con la concavidad dirigida hacia arriba y, por lo tanto, completamente opuesta al diafragma superior. Parten del pubis y de cada lado (de un vendolete de inserción) hasta el isquion, una serie de fibras musculares arciformes que se dirigen hacia abajo y atrás, bordeando la uretra y la vagina, detrás de la que se entrelazan buen número de dichas fibras en el cuerpo perineal, y el recto, entrecruzándose las restantes en el rafe ano-coxígeo. El músculo isquio-coxígeo, extendido desde el isquion al borde correspondiente del coxis, en forma de abanico, completa el diafragma pelviano. Mirando el elevador del ano por arriba, lo vemos limitado a los lados por una especie de línea alba constituida por el vendolete antes citado, debajo del cual pasa el músculo obturador interno.

De adelante atrás el músculo elevador del ano se halla atravesado por la uretra, vagina y recto, formando a estos órganos un medio de sostén del que parecen estar suspendidos, puesto que la inserción periférica del elevador del ano es mucho más alta que sus inserciones centrales en los rafe, y en parte también de la vagina y en el recto; su contracción eleva hacia adentro de la pelvis el ano, la vagina y la uretra; dada la disposición de sus fibras, no obra como esfínter de los órganos que lo atraviesan; tan sólo en los grandes espasmos del elevador del ano, la vagina puede resultar algo comprimida, lateralmente, por las fibras arciformes que se entrecruzan en el periné y así se observa por rareza en algunas mujeres en el acto del coito, y aún hay autores que han señalado ese espasmo como dificultad a la salida del feto.

El músculo elevador del ano está reforzado en su cara superior por la aponeurosis pelviana, que no tiene como medio de sostén la importancia del musculo, pues éste permite los movimientos de proyección del suelo de la pelvis hacia abajo, restituyéndolo luego a su posición debida; por eso el nombre de elevador del ano expresa perfectamente sus funciones, pues si bien es elevador también de la vagina y del periné; esa función parece más universal y manifiesta aplicada al ano.

Los ligamentos anchos, constituidos por el peritoneo y por tejido celular, tienen además, bastantes fibras lisas en su espesor, lo que les da mayor tonicidad. Según sea la posición del útero, su cara posterior mira atrás o atrás y arriba, y el útero parece luego moverse libremente hacia adelante y hacia atrás por la disposición de los ligamentos anchos.

En cambio el útero no puede dislocarse lateralmente sin distender uno de los ligamentos anchos, los que se oponen a los movimientos de lateralidad del órgano, pues recobran con la contracción de sus fibras lisas la tonicidad que en un momento dado hubiese podido disminuir, colocando otra vez el útero en la línea media, sin permitir, en estado normal desviaciones laterales.

Los ligamentos redondos constituidos por un cordón de fibras musculares y tendinosas y extendidas del cuerno del útero al conducto inguinal, cuyo trayecto siguen hasta venir a insertarse en el tejido celular subcutáneo inmediato a la parte alta de los grandes labios, tienen gran importancia. Además de las adherencias al tejido celular subcutáneo, contraen en su trayecto adherencias más o menos íntimas con el conducto inguinal y con el peritoneo pelviano que los cubre.

Su función es mantener el fondo del útero hacia adelante, en anteversión, y quizá más que sostenerlo, volverlo a esta posición cuando ha perdido la posición de anteversión, como ocurre frecuentemente por motivos fisiológicos, cada vez que la vejiga se distiende demasiado; por eso las adherencias que tienen en su trayecto son laxas, para permitir esos movimientos, y su estructura es fibromuscular, para contraerse oportunamente y volver a inclinar el fondo del útero hacia adelante.

Los ligamentos útero-sacros o repliegues de Douglas, están constituidos por un repliegue peritoneal y fibras musculares lisas, que constituyen por su dirección de abajo arriba, siendo su función, por tanto, complementaria a la de los ligamentos redondos; sus fibras musculares vuelven el útero a aquella posición cuando accidentalmente se ha perdido.

El recto, en su parte terminal, cambia de dirección separándose de la vagina y dirigiéndose directamente abajo y un poco hacia atrás, quedando un espacio triangular limitado adelante por la cara posterior de la vagina, atrás por la anterior del recto, arriba por la confluencia de estas dos, que forman el vértice del triángulo, y abajo la base, cubierta por la piel. Sus dimensiones son: altura de tres a cuatro centímetros, diámetro transversal en su base cuatro centímetros y antero-posterior de dos a tres centímetros.

Está constituido por tejido conjuntivo fibroso y por fibras musculares terminales de distintos músculos (bulbo cavernoso y transversal del periné, esfínter del ano y elevador del ano). Su estructura le comunica una gran resistencia, y aparte la importancia que tiene por representar el punto de confluencia de distintos músculos, como medio de sostén, punto de apoyo que da al elevador del ano para sus funciones, y también por la resistencia que opone a la caída de la pared vaginal anterior y de la vejiga. Quizá la importancia capital del periné, como medio de sostén, consiste más en el punto de apoyo que da al elevador del ano que en funciones directas de sostenimiento.

El tejido celular más importante que se halla en la pelvis, por encima del elevador del ano, alrededor del útero, sobre todo del cuello y hacia los lados, y también algo alrededor de la vagina, en su parte alta, se llama tejido celular (parametrium). Los ligamentos anchos representan una gran masa de tejido celular entre sus hojas, particularmente hacia la parte interna, el fondo de Douglas, entre el peritoneo, el recto y la vagina, se halla ocupado también por tejido celular, existe asimismo, aunque poco abundante, entre la cara anterior del útero y la posterior de la vejiga. Entre la sínfisis pubiana y la vejiga, el tejido celular es muy importante y laxo. De modo que el tejido celular pelviano lo encontramos más o menos en todas partes, pero forma, sobre todo, sus principales núcleos alrededor del cuello del útero o parametrium, en los ligamentos anchos, alrededor del recto y por delante de la vejiga.

Vasos y nervios. El sistema arterial es relativamente sencillo y lo componen las arterias ováricas, las uterinas, las vaginales y las pudendas interna y externa.

La vulva, en su parte cutánea, está irrigada por la pudenda externa; los órganos vulvares profundos y la parte baja de la vagina, por ramas procedentes de la pudenda interna; la parte alta por las ramas vaginales, procedentes, por regla general, directamente de la iliaca interna y a veces de la externa.

Las arterias de mayor importancia son la uterina y la ovárica, por ser las que irrigan el útero y los anexos, y las que más cuidado ofrecen en las intervenciones. La arteria uterina, procedente de la iliaca interna, se dirige transversalmente, y a veces un poco hacia arriba y hacia adelante, por la base del ligamento ancho, hasta llegar al lado del cuello del útero, en cuyo sitio se acoda para seguir al lado mismo del órgano hacia arriba, hasta llegar cerca del cuerno del útero correspondiente, en donde se anastomosa directamente con una de las ramas terminales de la ovárica. Es muy flexuosa en su trayecto, sobre todo al lado del útero, y da varias ramas a la cara anterior y posterior del mismo, siendo la más importante para el ginecólogo la rama o ramas cervicales que da antes de acodarse para hacerse ascendente, porque se interesan en ciertas operaciones y pueden dar hemorragias de alguna importancia, aun ligada la uterina; de esas ramas cervicales importa recordar, sobre todo, las anteriores.

La arteria ovárica, procedente directamente de la aorta, penetra en la pelvis y en el ligamento ancho por el ligamento o repliegue infundíbulo-pelviano, y sigue por el borde libre del ligamento ancho hacia adentro, hasta el cuerno correspondiente del útero, en donde se anastomosa directamente con la uterina. Como ésta, es flexuosa en su trayecto y da ramas a la trompa, al ligamento redondo y particularmente al ovario, del que recibe su nombre. De este modo de ser de la circulación arterial se desprenden algunas consideraciones importantes, bajo el punto de vista quirúrgico. Desde luego se comprende que en cualquiera operación que se interese la arcada útero-ovárica deberá ligarse por los dos extremos para conseguir la hemostasia, como sucede con la radial. El útero recibe su circulación por ambos lados, de modo que la línea media es la menos vascular y no tiene vasos bastante grandes para que exijan hemostasia directa.

El sistema venoso sigue al arterial; el de la vulva y vagina sigue en su trayecto las arterias pudendas, debiendo hacer notar que en la parte baja de la vagina es

donde se presenta más abundante, formando en esta última región los plexos, uno submucoso y otro submuscular.

Los plexos venosos del útero, cuya disposición dentro del órgano tanta importancia tiene en tocología, forman, al lado del órgano, dos grupos: uno superior, que sigue la ovárica y va a confundirse con las venas ováricas o plexos ováricos opampiniformes, y otro inferior, que siguiendo la uterina desemboca en la hipogástrica o ilíaca interna, con alguna comunicación a la ilíaca externa (Fargas, 1910:17-30).

1.2 Embarazo

Se define el embarazo como el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto y su duración aproximada es de 280 días (de 37 a 40 semanas).

Desde que se inicia el embarazo, la madre experimenta una serie de transformaciones fisiológicas y anatómicas, provocadas y a la vez reguladas por cambios hormonales que abarcan casi sin excepción a todos los órganos y sistemas. Estos cambios tienen el fin de cubrir la necesidad de espacio ocasionado por el crecimiento fetal, así como prepararse para el momento del parto y la lactancia (Vázquez, et al., 2013: 72).

Embarazo normal: estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término (Secretaría de Salud, 1993: apartado 4.2).

Embarazo de alto riesgo: aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario (Secretaría de Salud, 1993: apartado 4.3).

Cambios fisiológicos y hormonales durante el embarazo	
Órgano y Sistema	Cambios
Ojos	Tumefacción del cristalino
Sistema nervioso central	Trastorno del sueño
Pulmón	↑Capacidad inspiratoria ↓Volumen residual ↓Capacidad total pulmonar
Sistema cardiovascular	↑Volumen sanguíneo (40-50%) ↓Gasto cardiaco (30%) ↓Presión sanguínea
Mamas	Ingurgitadas, tensas y dolorosas Pezones y areola mamaria más oscura Aumento de tamaño
Tracto gastrointestinal	↓Motilidad intestinal (estreñimiento) ↓Secreción de ácido gástrico ↑Secreción moco gástrico Alteración en la composición de la bilis Alteración de las enzimas hepáticas
Sistema renal	↑Filtración glomerular (50%) glucosuria ↑Reabsorción tubular de sodio ↓Nitrógeno ureico sanguíneo ↓Creatinina sérica ↑Aclaramiento de creatinina ↓Control urinario ↓Capacidad de la vejiga
Sistema reproductor	↑Tamaño del útero
Sistema hematológico	↑Número de hematíes ↑Número de leucocitos ↓ Concentración de albúmina
Piel	Distensión de la piel (estrías) Aparición de cloasma ↑Riego sanguíneo Acné Hiperpigmentación
Hormonal	↑Nivel de progesterona ↑Nivel de gonadotropina coriónica humana (hCG)

Fuente: Cabañas, *et al*, 2009: 993-994.

1.2.2 Gametogénesis

La gametogénesis es el proceso de maduración por medio del cual se producen gametos especializados: espermatozoides (hombres) y ovocitos (mujeres). Con el

propósito de mantener constante el número de cromosomas los gametos pasan por la meiosis por lo cual se reduce el número diploide de cromosomas (46) al número haploide (23).

Cerca de las cinco semanas de gestación la migración de las células germinales primordiales, con movimiento ameboideo, desde el saco vitelino hasta las crestas gonadales. Una vez que han migrado, las células germinales son rodeadas por células somáticas derivadas del mesonefros y dan origen a los cordones sexuales primarios.

En la primera división meiótica, los cromosomas homólogos se aparean durante la profase. En la etapa del paquiteno, se produce la segregación independiente y la recombinación de material genético entre gametos. Los cromosomas pareados se separan en la anafase, de lo cual cada nueva célula hija contiene el número haploide de 23 cromosomas de doble estructura.

Cuando la célula ingresa a la segunda división meiótica: cada cromosoma de doble estructura se divide y origina dos cromosomas separados, cada uno con una sola cromátide. Un ovocito origina cuatro células hijas, cada una recibe 22 autosomas y un cromosoma X, mientras el espermatocito 22 autosomas y un cromosoma X o Y (Reece, et al., 2010: 3).

1.2.3 Fecundación

El desarrollo embrionario se inicia con el proceso de fecundación, implica la unión de un gameto femenino con uno masculino. Cada uno con 22 autosomas y un cromosoma sexual, da como resultado una nueva célula cuya composición genética es diferente de la de ambos padres. La fecundación es una secuencia regulada de interacciones que conducen al desarrollo de un embrión.

Antes de que ocurra una interacción entre el óvulo y el espermatozoide, debe producirse la maduración de los espermatozoides mediante el proceso denominado capacitación, en el cual el espermatozoide adquiere la capacidad de fecundar mientras atraviesa el aparato reproductor femenino. La exositosis inducida es la consecuencia final de la capacitación. El espermatozoide

capacitado puede atravesar el disco prolifero con rapidez, estos espermatozoides se caracterizan por poder producir la reacción acrosómica, la facilidad para unirse a la zona pelúcida y la adquisición de hiperactividad.

Los espermatozoides deben atravesar células y matrices, el disco prolifero (cumulus oophorus), antes de la interacción con el óvulo. El disco prolifero está formado por células de la granulosa y mientras la matriz está compuesta por ácido hialurónico y proteínas. La capacitación espermática y la hiperactividad son importantes para que los espermatozoides puedan penetrarlo. La proteína espermática PH-20 también interviene en la penetración de la matriz de disco prolifero, pues degrada el ácido hialurónico.

La zona pelúcida es una capa glucoproteica acelular que cubre y protege al óvulo y es la última barrera física que debe atravesar el espermatozoide antes de fertilizarlo. Esta zona está compuesta por tres proteínas glucosiladas: ZP1, ZP2 y ZP3, en donde las proteínas ZP2 y ZP3 tienen una función en la unión espermática, en especial la ZP3 es responsable de la unión espermática primaria y la ZP2 es responsable de la unión secundaria; mientras la ZP1 cumple un papel estructural.

La reacción acrosómica incluye la fusión entre la membrana del espermatozoide y la membrana acrosómica, con exocitosis del contenido enzimático del acrosoma, cuyas enzimas hialuronidasa y la acrosina intervienen en la penetración de la zona pelúcida. La reacción acrosómica modifica las membranas de la cabeza del espermatozoide, como preparación para la fusión de la membrana interna del acrosoma con la membrana plasmática del ovocito. La reacción acrosómica es un prerrequisito necesario para la fusión del espermatozoide con la membrana ovocitaria.

Una vez que el espermatozoide penetró la zona pelúcida ingresa al espacio previtelino en un determinado ángulo, luego se une a la membrana plasmática del ovocito (ovolema) y en poco tiempo ingresa toda la cabeza en el citoplasma ovocitario (ovoplasma); es entonces que se fusionan las membranas del óvulo y el espermatozoide, en un proceso mediado por proteínas, como la fertilina

perteneciente a la membrana espermática que se une al oolema, por medio de un mecanismo mediado por receptores de integrinas. Después de la fusión existen una serie de eventos bioquímicos y morfológicos dentro del óvulo fecundado.

Con la fusión de las membranas del óvulo y el espermatozoide se inician reacciones a nivel cortical y de la zona pelúcida, con liberación de gránulos corticales en el ovocito, el oolema es impenetrable; la zona pelúcida altera también su estructura reorganizando las proteínas ZP2 y ZP3 y así evita la unión de nuevos espermatozoides.

Dentro del óvulo fecundado comienza la liberación transitoria de calcio intracelular, iniciando el ciclo celular y síntesis de ADN. El ovocito reanuda la segunda división meiótica, que se encontraba detenida en metafase 2. Una de las células hijas se destruye y forma el segundo cuerpo polar, en tanto la otra célula hija, que contiene el número haploide de cromosomas, se convierte en el ovocito definitivo.

El pronúcleo femenino se forma de los cromosomas maternos presentes en el ovocito. La cromatina de la cabeza del espermatozoide se descondensa, al tiempo que la cabeza aumenta de tamaño dentro del ovoplasma y forma el pronúcleo masculino. Los dos pronúcleos se agrandan y migran uno hacia el otro en el centro del ovocito fecundado, y a medida que se acercan desaparecen sus membranas. Luego comienza la singamia, en tanto los cromosomas se condensan durante la primera división celular (Reece, et al., 2010: 3-6)

1.2.4 Embrión preimplantatorio

Las etapas iniciales del crecimiento embrionario, luego de la fecundación, se caracterizan por la rápida división celular (blastómeros). Este aumento inicial es crítico, ya que el embrión debe contar con un número suficiente de células que le permitan comenzar los procesos de diferenciación. A partir de la primera división, después de 24-30 horas de la fecundación, las blastómeros van reduciendo su tamaño en sucesivas divisiones. Hasta el estadio en ocho células que se

disponen en un macizo poco compacto, al continuar la etapa de segmentación, se integra en una masa celular caracterizada por la formación de uniones gap.

En el proceso de compactación las células internas son segregadas de las externas lo que marca el comienzo de la diferenciación embrionaria. Después de tres días de la fecundación, la masa de células con aspecto de mora (mórula) ingresa al útero. El evento siguiente para el desarrollo embrionario es la formación de una cavidad llena de líquido: el blastocele, se produce con la partición de las células entre un macizo celular interno, el embrioblasto, y un macizo celular externo que dará origen al trofoectodermo. Esta polarización de las blastomeras posibilita la diferenciación en tres capas de tejido primitivas: endodermo, mesodermo y ectodermo. El endodermo primitivo originado de una capa de células aplanadas, el hipoblasto se ubica en la superficie del macizo celular interno, en contacto con el blastocele. El mesodermo, como el ectodermo se desarrolla del epiblasto, la capa de células columnares altas del macizo celular interno.

En esta etapa el blastocisto continúa rodeado por la zona pelúcida, sin embargo, antes de la implantación es necesario que el embrión se despoje de la zona pelúcida, con el fin de permitir el crecimiento del macizo celular interno y posibilitar el contacto entre el embrión y el endometrio. Esto se logra por el proceso de eclosión en el cual el embrión efectúa una sucesión de contracciones y expansiones, para deslizarse fuera de su cobertura, a través de un orificio, por medio de movimientos activos.

Luego de ingresar al útero, el blastocito en desarrollo permanece flotando dentro de la cavidad uterina durante unos dos a tres días. La implantación del embrión comienza alrededor de los 6 días desde la fecundación, mientras el desarrollo de las capas germinales primitivas ocurre en los días seis y ocho. Luego de la implantación inicial, el embrión queda completamente incluido en el endometrio, cerca de los ocho a nueve días después de la ovulación (Reece, et al., 2010: 5-6).

1.2.5 Desarrollo prenatal

Segunda semana: se completa implantación de blastocisto en el endometrio, la diferenciación del trofoblasto y la evolución del grupo celular interno para formar un disco bilaminar. En esta semana se forma y diferencian la cavidad amniótica, el saco vitelino, el mesodermo y el celoma extraembrionario y el saco coriónico. El blastocisto se encuentra completamente incluido en el espesor del endometrio y el epitelio superficial ya se ha regenerado. El sinciotrofoblasto presenta una red de lagunas que intercomunican y constituyen el comienzo de los espacios intervillosos. La sangre materna se vierte en el interior de las lagunas y empieza a circular lentamente, estableciéndose la circulación uteroplacentaria.

Tercera semana: se forma la tercera capa germinal (mesodermo intraembrionario) y la notocorda o el eje del embrión. Las células ecodérmicas situadas por encima de estas estructuras, proliferan e inician una temprana diferenciación para dar origen al tubo neural y más tarde a estructuras del sistema nervioso. Aparecen los somites que darán origen a estructuras esqueléticas, músculo estriado y dermis. Se forma el celoma intraembrionario del cual se derivan las cavidades serosas, pericárdica, pleural y peritoneal. Se diferencia el sistema vascular (bazo y corazón). Al final de la tercera semana el embrión presenta un disco constituido por tres capas germinales que iniciarán su diferenciación y establecen los primordios de la mayor parte de tejidos y órganos.

Cuarta semana: el embrión tiene una longitud de 11.5mm a 2mm. Desde esta semana y hasta la octava semana comprende el periodo embrionario, en el cual a partir de las tres capas germinales, se inicia la organogénesis pues se forman la mayor parte de los órganos internos y externos. Existe una mayor susceptibilidad a agentes exógenos que pueden alterar el desarrollo y ocasionar diversos defectos congénitos.

El embrión de ser un disco trilaminar aplanado comienza a ser cilíndrico al plegarse en los planos cefalocaudal y transversal. Al iniciar la cuarta semana el aspecto del embrión es cilíndrico casi recto, los somitas son prominentes en su superficie dorsal y el tubo neural permanece abierto en los extremos. En la región ventral se nota una prominencia ocasionada por el desarrollo cardiaco. Las yemas

de los miembros superiores y los primordios del oído interno se pueden identificar. Al final de la cuarta semana el embrión muestra una curvatura cefalocaudal.

Quinta semana: la región cefálica es más prominente debido al rápido crecimiento del cerebro y pareciera estar en contacto con la prominencia cardiaca. Empieza a desarrollarse la región facial, en la región del futuro cuello aparece el seno cervical como una depresión. Los miembros superiores tienen una diferenciación regional.

Aparato genital: el sexo genético del embrión se determina en el momento de la fecundación de acuerdo con el tipo de espermatozoide que se une con el ovocito. No se evidencian signos morfológicos asociados con diferencias sexuales hasta la octava semana, cuando las gónadas empiezan a adquirir características sexuales. Este periodo de desarrollo genital temprano se denomina estado indiferente de los órganos reproductores. Las gónadas aparecen durante la quinta semana de desarrollo, cuando el mesodermo intermedio presente de la pared dorsal forma las crestas gonadales. El epitelio celómico prolifera en el mesénquima subyacente y forma los cordones sexuales primarios. Una semana después los cordones alojan a las células germinales primordiales, que son precursores de las espermatogonias o las ovogonias.

Sexta semana: la región cefálica es de mayor volumen, los ojos ocupan una posición más anterior y son más notorios. Se desarrolla el labio superior, ápex nasal, meato acústico externo y pabellón auricular, la cara adquiere un aspecto a adulto. Los miembros superiores presentan radiaciones digitales que indican el futuro desarrollo de los dedos.

Séptima semana: los miembros presentan un desarrollo casi completo en las diferentes regiones. Los miembros superiores se proyectan hacia la región cardiaca. Los intestinos salen de la cavidad abdominal hacia el celoma embrionario –hernia fisiológica- situado cerca del cordón umbilical. En la región de la cara, inicia la formación de los párpados.

Octava semana: los miembros completan su desarrollo y se reduce el tamaño de la región caudal del embrión. La cabeza tiene una apariencia redondeada pero sigue siendo muy grande. En la región facial los pabellones auriculares adquieren su forma definitiva. Los ojos se ocluyen por el desarrollo y fusión de los párpados. La región cervical está definida, el abdomen es menos prominente y hay una disminución en el tamaño del cordón umbilical (Botero, et al., 2004: 34-37).

1.2.6 Desarrollo de la placenta

Durante la segunda semana el trofoblasto forma los vellos primarios, poco después se ramifica y en su parte central aparece un tejido mesenquimatoso, de aquí se constituyen los vellos secundarios que recubren completamente la superficie del corion. Las células mesenquimales allí presentes se diferencian para formar capilares sanguíneos que caracterizan los vellos terciarios. Simultáneamente aparecen otros capilares en el cordón umbilical, en el saco vitelino y en el interior del embrión.

Hacia el final de la tercera semana la sangre empieza a circular a través de dichos capilares, simultáneamente las células sinciotrofoblásticas de los vellos proliferan, penetran la capa del sinciotrofoblasto y se reúne para constituir la cubierta citotrofoblástica que adhiere el saco coriónico a los tejidos maternos. Como resultado de la proliferación, se presenta una confluencia entre algunas trofoblásticas y vasos rotos, constituyéndose los espacios intervallosos dentro de los cuales circula la sangre materna. Los vellos que unen los tejidos maternos a la cubierta citotrofoblástica se denominan vellos de anclaje o de fijación y de ellos se desprenden múltiples vellos libres hacia los espacios intervallosos; a través de estos últimos se realiza principalmente el intercambio de materiales entre las circulaciones materna y fetal. Al iniciarse la cuarta semana del desarrollo, se encuentran establecidos los elementos estructurales básicos para el intercambio fisiológico entre la madre y el embrión (Botero et al., 2004: 37).

Después de la cuarta semana el trofoblasto se caracteriza por abundantes vellosidades secundarias y terciarias que le dan un aspecto radiado. Las vellosidades troncales se extienden desde el mesodermo de la lámina o placa coriónica hasta la envoltura citotrofoblástica. La superficie de las vellosidades está

formada por el sincitio, que descansa sobre una capa de células citotrofoblásticas, las cuales, a su vez, cubren la parte central del mesodermo vascularizado. El sistema capilar que se desarrolla en el centro de las vellosidades se pone en contacto con los capilares de la lámina coriónica y del pedículo de fijación, lo cual da origen al sistema vascular extraembrionario.

La sangre materna es llevada a la placenta por las arterias espirales del útero. La erosión de estos vasos maternos para liberar la sangre en los espacios intervellosos es llevada a cabo por invasión endovascular de las células citotrofoblásticas. Estas células surgen desde los extremos de las vellosidades de fijación, invaden los extremos terminales de las arterias espirales, donde reemplazan a las células endoteliales maternas en las paredes de los vasos y crean vasos híbridos que contienen células fetales y maternas (Flores, 2006:1-2).

Hacia la octava semana numerosos vellos recubren completamente la superficie externa del saco coriónico. A medida que este aumenta su volumen, comprime los vellos contra el endometrio más próximos en la cavidad uterina. Lo anterior causa una disminución en la circulación y por lo tanto viene la generación y la reducción de dichos vellos – corion leve. Los vellos situados hacia el corion más cercano al embrión, proliferan, aumentan de tamaño y se fijan al endometrio subyacente – decidua basal. Esta región del saco coriónico se denomina corion frondoso y constituye el componente fetal de la placenta o placa coriónica. El componente materno o lámina decidual corresponde a la parte del endometrio decidua basal hacia donde se presenta una mayor proliferación de vellos. A medida que éstos invaden la decidua basal delimitan en ella zonas de tejido llamadas septos placentarios, los cuales determinarán en la superficie de la placenta numerosas áreas de aspecto irregular denominados cotiledones. Cada cotiledón consta de dos o más vellos de anclaje o fija con y sus ramificaciones o vellos libres (Botero et al., 2004: 38).

1.2.7 Periodo fetal

El periodo fetal se extiende desde el comienzo de la novena semana hasta el parto. Sus características principales son el crecimiento y la diferenciación de los tejidos y los órganos que empezaron a desarrollarse en el periodo embrionario.

En esta fase surgen pocas estructuras nuevas, comienzan los movimientos fetales y se establecen los reflejos vitales (Reece, et al., 2010: 23).

1.3 Parto

En México la Norma Oficial Mexicana 007 de la Secretaría de Salud define: el parto como un conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

El parto en función de la edad gestacional del producto se clasifica en:

-Parto pretérmino: expulsión del producto del organismo materno de 28 a menos de 37 semanas de gestación (Secretaria de Salud, 1993: apartado 4.8).

-Parto con producto inmaduro: expulsión del producto del organismo materno de las 21 a las 27 semanas de gestación (Secretaria de Salud, 1993: apartado 4.8.1).

-Parto con producto prematuro: expulsión del producto del organismo materno de 28 a menos de 37 semanas de gestación (Secretaria de Salud, 1993: apartado 4.8.2)

-Parto con producto a término: expulsión del producto del organismo materno de las 37 a 41 semanas de gestación (Secretaria de Salud, 1993: apartado 4.9).

-Parto con producto a postérmino: expulsión del producto del organismo materno de 42 o más semanas de gestación (Secretaria de Salud, 1993: apartado 4.10).

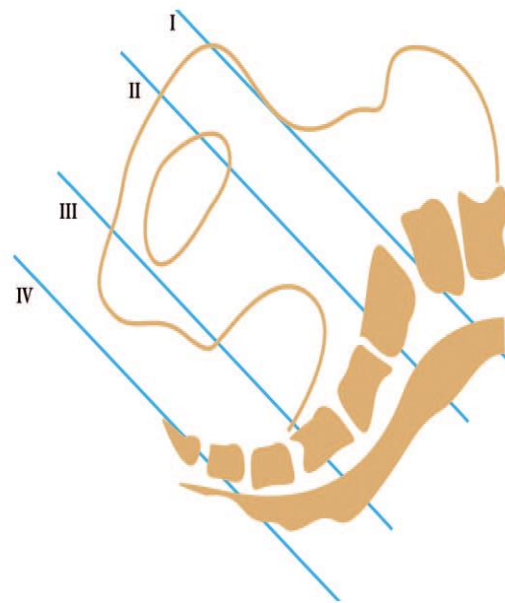
El trabajo de parto no es un proceso pasivo, donde las contracciones uterinas empujan un objeto rígido, a través de una apertura fija. La habilidad del feto para atravesar la pelvis con éxito, depende de la interacción de tres variables:

1. Fuerzas: hacen referencia a las fuerzas generadas por la musculatura uterina durante la contracción. Las características que describen la contracción son: frecuencia, intensidad y duración.
2. Feto. Las variables que pueden influir en el curso del parto y el expulsivo, son:

- A. Tamaño fetal.
- B. Situación: eje longitudinal del feto en relación con el eje longitudinal del útero.
- C. Presentación: parte del feto que contacta con el estrecho superior de la pelvis.
- D. Actitud: posición de la cabeza con respecto a la columna fetal (grado de flexión o extensión de la cabeza).
- E. Posición: relación entre el llamado “punto guía” de la presentación con una determinada localización de la pelvis materna.
- F. Plano: es una medición del descenso de la presentación a través del canal del parto.

Los planos de Hodge, son cuatro planos paralelos:

- a. I: pasa por el borde superior de la sínfisis púbica y por el promontorio.
- b. II: pasa por el borde inferior de la sínfisis púbica.
- c. III: pasa por las espinas ciáticas.
- d. IV: es paralelo a los anteriores y pasa por el cóxis.



- G. Número de fetos.
- H. Presencia de anomalías fetales.

Fuente: Vázquez, *et al.*, 2013:227.

3. Conducto del parto; se compone de dos partes, una ósea y otra formada por partes blandas.

Pelvis ósea. Está formada por los huesos coxales (isquion, ileon y pubis), el sacro y el cóxis. La línea innominada la separa en dos: pelvis mayor o falsa y pelvis menor o verdadera (forma el canal óseo del parto).

La clasificación de Caldwell y Moloy divide a la pelvis en cuatro tipos según su morfología:

- a. Ginecoide: es la más frecuente (50 %) y la más adecuada para el parto. El estrecho superior es redondo u ovalado, el diámetro transversal algo mayor que el anteroposterior. Las paredes son lisas. Las espinas ciáticas poco prominentes. El sacro curvo. La arcada púbica amplia.

- b. Androide: apta para el parto. El estrecho superior es triangular, el diámetro transversal es cercano al sacro. Las paredes laterales tienden a converger. Las espinas ciáticas son prominentes. El sacro se inclina anteriormente. El estrecho inferior está muy disminuido. La arcada púbica es estrecha. Se ha comparado con un corazón de naipes francés al revés, el ángulo subpúbico es muy agudo (pelvis masculina por excelencia).
- c. Antropoide: es ancha anteroposteriormente, pero estrecha en sentido lateral. El diámetro anteroposterior del estrecho superior es mayor que el transversal. Las paredes laterales son divergentes. Las espinas ciáticas pueden o no ser prominentes. El sacro se inclina posteriormente. El estrecho inferior está disminuido. La arcada púbica suele ser estrecha, con ángulo subpúbico agudo.
- d. Platipeloide: es ovalada, plana. Amplia en sentido lateral pero estrecha anteriormente a todos los niveles. Las paredes laterales son rectas. Las espinas ciáticas no son prominentes. El estrecho inferior está aumentado. La arcada púbica suele ser muy amplia, con ángulo subpúbico obtuso.

Partes Blandas. Compuesta por:

a. Plano superficial.

Músculo esfínter externo del ano.

Músculo transversal superficial.

Músculo isquiocavernoso.

Músculo bulboesponjoso, que recubre la cara externa del bulbo.

Músculo constrictor de la vulva (túnica muscularis vaginae), este músculo al contraerse estrecha el orificio inferior de la vagina.

b. Plano medio.

Músculo transversal profundo del periné.

Músculo esfínter uretro vaginal: se extiende formando un esfínter abierto en su parte posterior, que rodea a la uretra y a la vagina.

Músculo compresor de la uretra: se extiende desde las paredes anteriores de la uretra hacia las tuberosidades isquiáticas. Cuando se contrae, presiona la uretra contra la vagina.

c. Plano profundo.

Músculo elevador del ano.

Músculo isquiococcígeo.

Una vez adelgazado el segmento uterino inferior y tras alcanzar la dilatación completa, la cabeza fetal pasa por la vagina, alcanzando el suelo de la pelvis y empieza una dilatación radial y un desplazamiento del diafragma urogenital. Los elevadores del ano se separan y distienden, y al bajar la cabeza, el ano se dilata y el recto queda prácticamente obliterado. La vagina también se dilata, siendo el estiramiento de los tejidos blandos mayor en la pared posterior que en la anterior (Vazquez, et al., 2013: 226-232).

1.3.1 Estadios del parto

El parto es un proceso continuo pero para facilitar su estudio y organizar su manejo clínico, se ha dividido en tres estadios:

1.3.1.1 Dilatación. Primer estadio

Intervalo entre el inicio del trabajo de parto y la dilatación cervical completa. Subdividido por Friedman (en Parra, 2005: 8) en tres fases:

A. Fase latente: se caracteriza por el borramiento del cuello uterino. Finaliza cuando la dilatación es de 2 cm. Tiene una duración de unas 8 horas en primíparas y 5 horas en multíparas.

B. Fase activa: empieza a los 2-3 cm de dilatación, con dinámica regular y acaba, al llegar a la dilatación completa. La velocidad de dilatación es de 1 cm/hora en primíparas y 1,2 cm/hora en las multíparas. Fase de máxima pendiente de 4-9 cm, velocidad de 3 cm/hora en primíparas y 5-6 cm en multíparas.

C. Fase de descenso: coincide con el segundo estadio del parto.

Con el tacto vaginal, el tiempo de parto puede ser estimado con más precisión: borramiento y dilatación del cuello. Por acción de las contracciones, se reduce la longitud del canal endocervical. Cuando el proceso se ha completado, se dice que el cuello está borrado. En la primigesta, el cuello se borra antes de iniciar la dilatación y en la multípara son procesos simultáneos.

El útero gestante a término, presenta dos partes: la superior, de paredes gruesas, musculosas, son el motor del parto y la inferior, delgada, que sirve de canal por donde desciende el feto. Durante las contracciones se va ampliando y completa su formación durante el período de dilatación. Su formación es consecuencia de la mayor potencia contráctil de las fibras musculares del cuerpo uterino, al relajarse después de cada contracción lo hacen acortando su longitud a expensas de las fibras del istmo que se alargan.

Se considera que el parto se ha iniciado cuando: el cérvix está centrado en la pelvis, está borrado más del 50% y tiene más de 2cm de dilatación. La actividad uterina es regular, se producen al menos dos contracciones de intensidad moderada cada 10 minutos.

1.3.1.2 Expulsivo. Segundo estadio

Hace referencia al intervalo entre la dilatación completa (10 cm) y el nacimiento del niño. Se caracteriza por el descenso de la presentación a través de la pelvis materna y termina con el nacimiento del bebé.

Fase temprana o no expulsiva: la dilatación se ha completado pero la mujer no presenta deseos de empujar. Se le recomendará que siga utilizando técnicas de relajación, respiraciones, movilización, diversas posiciones para facilitar el descenso, etc.

Fase avanzada o expulsiva: se caracteriza porque la mujer presenta sensación de pujo en cada contracción. El manejo más fisiológico del expulsivo es esperar a que la mujer sienta deseos de empujar. Es un periodo de una duración variable, dependiendo de muchos factores como: paridad, posición fetal, miedo a empujar, etc.

La madre asume un papel más activo, ahora las contracciones uterinas se complementan con las de la musculatura voluntaria. Simultáneamente a la contracción uterina, la paciente detiene su respiración, cierra su glotis, afianza sus pies y realizando una inspiración, la retiene y contrae el diafragma y los músculos abdominales, para empujar hacia abajo el feto en la pelvis. Según la cabeza fetal es empujada más profundamente en la pelvis, la paciente puede quejarse de una

intensa presión sobre su recto o dolores que se irradian a lo largo de sus piernas por la presión sobre el plexo nervioso sacro o sobre el nervio obturador. Después comienza a abrirse el ano, dejando expuesta su pared anterior y puede verse la cabeza en el interior de la vagina. Con cada contracción la cabeza se vuelve un poco más visible, retrocediendo un poco entre las contracciones pero avanzando ligeramente.

La cabeza presiona sobre la pared posterior de la zona inferior de vagina y el periné se adelgaza y se estira, poniéndose su piel tensa y brillante. La mujer refiere una sensación de “estallido” y un deseo de empujar incluso sin contracción. Pronto se ve la cabeza entre los labios distendidos y quedan a la vista las protuberancias parietales. Sale la cabeza del bebé, la cabeza rota hacia un diámetro transversal (rotación externa), ello lleva los hombros hacia un diámetro anteroposterior. A continuación salen los hombros, el anterior detrás de la sínfisis y el posterior se desliza sobre el periné, seguido del tronco y piernas del bebé. El útero se contrae hasta el tamaño existente a las 20 semanas de gestación.

a. Movimientos principales en el parto.

Dada la asimetría existente entre la forma de la cabeza fetal y la pelvis ósea materna, son necesarios una serie de movimientos, durante su paso a través del canal del parto. Son siete movimientos: encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión.

- Encajamiento en el estrecho superior. La cabeza del feto se dispone de manera que mejor se adapte, así penetra en el estrecho superior de la pelvis con su diámetro sagital adaptado al diámetro transversal de la pelvis, aunque también suele hacerlo en el diámetro oblicuo generalmente el izquierdo. Este fenómeno en algunos casos tiene lugar en las últimas semanas de embarazo. En la presentación cefálica correctamente flexionada, el diámetro transversal mayor es el biparietal (9,5 cm), en la presentación podálica, el diámetro más amplio es el bitrocantéreo. El encajamiento puede confirmarse por palpación con la IV maniobra de Leopold o por tacto vaginal.

- Descenso. Progresión de la presentación a través de la pelvis.
- Flexión. Se realiza de forma pasiva, a medida que desciende debido a la forma de la pelvis y por la resistencia ofrecida por los tejidos blandos del suelo pélvico. Con la cabeza completamente flexionada, el feto presenta el menor diámetro de su cabeza (suboccipitobregmático), que permite el paso óptimo a través de la pelvis.
- Rotación interna. Rotación de la presentación desde su posición original (transversa con respecto al canal del parto) a una posición anteroposterior durante su paso a través de la pelvis. El feto adapta su diámetro mayor al nuevo diámetro mayor del estrecho inferior, el anteroposterior. El movimiento más frecuente es la rotación del occipucio hacia la sínfisis del pubis, aunque también puede hacerlo hacia la concavidad sacra.
- Extensión. Una vez que la cabeza fetal en una posición anteroposterior llega al IV plano de Hodge, realiza el movimiento de extensión o de deflexión. El feto con el occipucio debajo del pubis realiza un movimiento de palanca gracias a la fuerza de las contracciones y de los pujos maternos, observándose la salida progresiva por la vulva del sincipucio, sutura mayor o bregma, frente, nariz, boca y mentón.
- Rotación externa. Parto de hombros: en el momento de la deflexión, los hombros del feto se orientan en la pelvis, penetrando en ella por el diámetro transversal. El feto con su cabeza apoyada en el periné realiza una restitución de su posición hacia el diámetro transversal, de modo que el diámetro biacromial puede adaptarse al diámetro del estrecho inferior en su diámetro anteroposterior.
- Expulsión fetal. Una vez expulsados los hombros, primero el anterior por debajo del pubis y luego el posterior por el periné, el resto del cuerpo no presenta ninguna dificultad en el paso por la pelvis. Los pujos. Tienen un origen reflejo, se debe dejar empujar a la paciente cuando la dilatación es completa, en estos momentos y coincidiendo con la contracción, la paciente debe estar en posición ginecológica y hacer fuerza como si intentara defecar. El pujo debe ser intenso y de la mayor duración posible. Entre contracciones se debe descansar y procurar

que se relaje. Muy importante el apoyo de algún familiar en esta fase. Si los pujos son efectivos, se dejará que los haga de la forma que ella desee para su comodidad.

Protección del periné. Cuando la cabeza fetal corona y el parto es inminente, la mano es utilizada para mantener la cabeza flexionada para controlar el parto, evitando una expulsión precipitada. Valorar la distensibilidad del periné y su posible capacidad para dejar pasar la cabeza y cuerpo fetal.

Expulsión fetal. Se debe dejar salir la cabeza lentamente para evitar una descompresión brusca y protegiendo el periné o la episiotomía de un posterior desgarro.

Salida de los hombros. Se gira la cabeza hacia la derecha (mirando el muslo derecho de la madre) en el caso de una posición izquierda y hacia la izquierda (mirando el muslo izquierdo de la madre) en el caso de una posición derecha. Si se indica a la madre que empuje despacio, la cabeza gira sola hacia el lado correspondiente, pasa a una posición occipito-lateral al rotar con los hombros a medida que éstos descienden en la pelvis. Se coloca una mano en cada prominencia parietal y se lleva hacia abajo hasta que sale el hombro anterior bajo la sínfisis púbica y, a continuación, sale el hombro posterior mediante tracción hacia arriba, hasta que salga fuera del periné (se protege el periné con una compresa estéril). Para la salida del tronco, se tira con fuerza pero lentamente, siguiendo el eje longitudinal de la pelvis. Salida de las caderas, se deja salir primero la cadera anterior por debajo de sínfisis, bajando el tronco y la posterior sale levantando el tronco.

Una vez que ha salido la cabeza, se limpian las secreciones de nariz y boca con una compresa estéril y se palpa alrededor del cuello, en busca de circulares del cordón, se desenrolla sobre la cabeza o si no es reducible, se pinza doblemente y se secciona; si el niño tiene un llanto vigoroso, buen tono, procede de una gestación a término y el líquido amniótico es claro, podemos favorecer el contacto inmediato madre-hijo y así evitamos la pérdida de calor, colocando al recién nacido en contacto piel con piel con su madre, en esta posición se seca

suavemente con toallas precalentadas que serán sustituidas por otras secas, cubriendo la mayor parte de la superficie corporal incluido el cuero cabelludo. En la mayor parte de los niños, la estimulación que se realiza al secarles es suficiente para inducir la respiración, no obstante hay métodos adicionales como frotar la espalda del niño con una compresa templada en sentido caudo-craneal o dar palmadas suaves en las plantas de los pies, que pueden ser efectivos.

Tras el parto existe una transferencia neta de sangre de la placenta al feto, pues el espasmo de la arteria umbilical se produce aproximadamente al minuto de vida, mientras que las venas umbilicales permiten el paso de sangre hasta los 3 minutos posteriores al nacimiento. El retraso en el pinzamiento del cordón (pinzamiento tardío), permitirá incrementar el volumen de transfusión. Tras la primera valoración y si resulta favorable, se procede a la sección del cordón umbilical cuando deja de latir (se comprueba palpando en la base del cordón). Para la sección del cordón que une al bebé con la placenta, se sitúan 2 pinzas Kocher y se corta en medio (Vazquez, et.al., 2013: 234-246).

1.3.1.3 Alumbramiento. Tercer estadio

La tercera fase del parto abarca desde el nacimiento del bebé hasta la expulsión de la placenta y las membranas. La separación de la placenta tiene lugar a nivel de la capa esponjosa de la decidua basal, como resultado de las contracciones uterinas sumadas a la retracción del útero que sigue al nacimiento. La retracción uterina reduce el tamaño del lecho placentario a $\frac{1}{4}$ del que tenía durante la gestación, como resultado la placenta se dobla hacia su interior, arrancando los vasos sanguíneos del espacio intervelloso y provocando una hemorragia retroplacentaria, que separa posteriormente a la placenta. El proceso comienza con el nacimiento del recién nacido y la separación placentaria suele completarse en cinco minutos, pero la placenta puede retenerse en el útero más tiempo porque las membranas tardan más en desprenderse de la decidua subyacente.

El manejo del alumbramiento se puede hacer:

- A. De forma expectante: se caracteriza por la espera paciente de los tres signos clásicos de separación de la placenta:
 1. Alargamiento de la porción visible del cordón umbilical.

2. Sangre por la vagina que significa la separación de la placenta de la pared uterina.
3. Cambio en la forma del fondo uterino de discoide a globular, con elevación de la altura del fondo.

Se deja que se separen la placenta y las membranas sin intervención. Una vez que los signos indican que se ha expulsado la placenta del útero y se halla en la vagina, se tracciona ligera y constantemente el cordón, hasta la salida de la placenta por la vagina, la tracción no debe ser brusca para que no se rompa el cordón.

No hay que realizar maniobras extractoras de la placenta hasta pasados los 30 minutos de duración normal del alumbramiento.

B. Para el manejo activo, se pueden administrar agentes uterotónicos, como la oxitocina, en el momento del parto del hombro anterior o después de la salida del feto (efecto 2-3 minutos tras administración). Se ha visto que el manejo activo del tercer estadio del parto, reduce significativamente las hemorragias del alumbramiento, la necesidad de transfusión, la tasa de anemia severa postparto y la duración del tercer periodo del parto.

Una vez que la placenta atraviesa la vulva, se agarra y retuerce la placenta expulsada con una tracción continua, para convertir las membranas en un cordón retorcido y que así se expulsen intactas. Junto con la placenta deben expulsarse las membranas ovulares, si se rompen, debe cogerse una pinza de Foerster o “de aro” y traccionar ligeramente rotando la pinza sobre si misma hasta su total extracción. Una vez expulsada la placenta, se debe comprobar que el sangrado disminuye y que se forma el globo de seguridad uterino (útero se reduce, se contrae y el fondo se localiza 2 traveses de dedo por debajo del ombligo). La hemorragia normal en el parto es de unos 300 ml. Hemorragia postparto, pérdida superior a 500 ml de sangre.

La placenta, cordón umbilical y las membranas ovulares deben ser revisadas cuidadosamente para comprobar su total integridad. El peso de la placenta (excluyendo membranas y cordón) varía con el peso fetal. La inspección y

palpación de la placenta deben incluir la superficie fetal y materna. Las anomalías de la lobulación (falta de un cotiledón placentario o un defecto en la membrana que sugiere un lóbulo succenturiato perdido), pueden sugerir la retención de una porción y ocasionar hemorragia o infección postparto.

Las inserciones anormales incluyen: inserción marginal (cordón se inserta en el margen de la placenta) y la membranosa (los vasos del cordón discurren a través de las membranas antes de fijarse al disco placentario). Inspección del cordón. Longitud (longitud media 50-60 cm), número de vasos sanguíneos (dos arterias y una vena), nudos verdaderos, etc. La placenta se tratará como otro producto biológico.

Si existen dudas al respecto (cotiledones rotos y sangrantes, sangrado vaginal excesivo), se debe realizar una revisión manual de la cavidad uterina. Tras el alumbramiento se debe revisar el periné (y el canal del parto si hay un sangrado), para proceder a la sutura necesaria (Vázquez, 2013: 247-259).

1.4 Puerperio

El Puerperio es el periodo que comprende desde el final del parto hasta la normalización de los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo. Es un periodo relativamente largo, de aproximadamente seis semanas de duración o hasta la aparición de la primera menstruación. Durante este periodo la madre experimenta una serie de cambios para recuperar su estado pre-gestacional y para prepararse para otorgar los cuidados a su hijo (Escuela de Salud, 2014: 2).

El periodo postparto, también llamado Puerperio, comprende desde la expulsión de la placenta hasta la completa resolución de los cambios fisiológicos del embarazo, considerándose dicho periodo por la mayoría como las seis primeras semanas postparto.

Puerperio normal: periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

El periodo puerperio inmediato se considera durante las 2 horas siguientes al parto, donde se comprueba regularmente tono, posición y altura uterina, el sangrado y las constantes vitales (presión arterial, pulso y temperatura) (Secretaría de Salud, 1993: apartado 5.5.1.4).

Favorecer un ambiente adecuado para iniciar la lactancia y si no es necesario, no se romperá el contacto piel con piel madre-recién nacido. El postparto inmediato es un periodo sensible, de extrema importancia para el establecimiento de la lactancia materna y desempeña un papel fundamental en el desarrollo del vínculo madre-padre-recién nacido es una experiencia humana muy profunda, que requiere el contacto físico y de interacción en momentos tempranos de la vida. Si las condiciones maternas y del recién nacido lo permiten, se promoverá la lactancia materna precoz, se le ofrecerá apoyo para llevarla a cabo satisfactoriamente. Se mantendrá al recién nacido isotérmico, mediante el contacto piel con piel (Vázquez, 2013: 260-261).

En las primeras 6 horas favorecer la deambulación, la alimentación normal y la hidratación, informar a la paciente sobre signos y síntomas de complicación (Secretaría de Salud, 1993: apartado 5.5.1.5).

Durante el internamiento y antes del alta, orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva y los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos (Secretaría de Salud, 1993: apartado 5.5.1.7).

Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio normal se lleve a cabo preferentemente con un mínimo de tres controles (Secretaría de Salud, 1993: apartado 5.5.1.8).

Puerperio Mediato: (segundo al séptimo día) y tardío (octavo a cuatrigésimo segundo día)

- Se deberá proporcionar un mínimo de tres consultas, con una periodicidad que abarque el término de la primera semana (para el primero), y el término del primer

mes (para el tercero); el segundo control debe realizarse dentro del margen del periodo, acorde con el estado de salud de la mujer.

- Se vigilará la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura.

- Se orientará a la madre en los cuidados del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, sobre métodos de planificación familiar, la alimentación materna y acerca de los cambios emocionales que pueden presentarse durante el postparto (Secretaría de Salud, 1993: apartado 5.5.1.9).

Lactancia materna

Calostro: secreción expulsada a través del pezón, rica en minerales, proteínas e inmunoglobulinas y pobre en lactosa y ácidos grasos, dura aproximadamente los cinco primeros días posparto.

Ingurgitación mamaria: las mamas aumentan su tamaño y su temperatura, esto va seguido de una reacción febril que no puede superar los 38°C ni las 24 horas en tiempo. La ingurgitación se debe a la gran vasodilatación producida en los vasos mamarios y en los conductos linfáticos que se llenan de sangre entre el segundo y cuarto día.

Los profesionales del cuidado deben ser conscientes que el recién nacido también es un usuario, quien presenta características muy particulares en cuanto a su crecimiento y desarrollo. Además es un ser completamente dependiente de su madre, por lo tanto para satisfacer sus necesidades, debemos considerar la competencia de la madre, sus habilidades, el conocimiento que tenga de la crianza, su herencia cultural y las tradiciones a las que pertenece, el bienestar físico, emocional y psicológico (Escuela de Salud, 2014: 4).

Al término del proceso del embarazo es el puerperio el final de éste no es menos importante, pues existen estudios acerca de felicidad en mujeres puérperas, en donde se menciona que “la necesidad de que toda mujer viva plenamente su maternidad, y con ella toda la familia: la mujer su maternidad, el hombre su paternidad y los hijos previos su hermandad. Ciertamente, este es un campo todavía muy deficiente no sólo en nuestro sistema de salud sino a nivel de todos

los sistemas de salud del mundo y tiene que ver, en parte, con la forma cómo se encara el proceso obstétrico (el embarazo, el parto y el puerperio) por el personal sanitario y por el nulo rol que juega el Estado en estos temas para asegurar el cumplimiento de los derechos fundamentales de la familia y del ser en formación” y que concluye en que son diversos los factores que engloban este concepto “felicidad” pero los principales son: planeación del embarazo, apoyo de pareja, familiares y amigos, edad, estado laboral y tipo de parto; ya que se demostró que las mujeres que tienen a favor estos factores son más felices (Contreras, et al., 2012:1-6).

CAPÍTULO 2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

2.1 Planeación del embarazo

Planear un embarazo no es muy común en México, Langer (2003: 3) menciona que existen altos porcentajes de embarazos no planeados en países en vías de desarrollo sin embargo no con ello es necesariamente no deseado. Cualquiera sea el motivo, un bebé está en camino, y hay que asumir con igual responsabilidad, antes, durante y después del embarazo; cabe mencionar que solo en el Distrito Federal está aprobado el aborto, y en los 32 estados está permitido en caso de un producto no apto para la vida, o en casos de violación y cuando está en riesgo la vida de la mujer (Langer, 2003: 11).

Cualquiera que sea la situación, esta decisión debería tomarse en igualdad de responsabilidad en la pareja. Durante la planeación del embarazo se debe hacer mención acerca de las responsabilidades que conlleva tener hijos pues cambiará la vida de los padres, hombre y mujer, pero al mismo tiempo les da una oportunidad de desempeñarse en un rol que da muchas alegrías y satisfacciones. Autores extranjeros mencionan cuidados que debe llevar a cabo la mujer previo a la concepción como adoptar un estilo de vida saludable que incluya ejercicio físico, planificar el embarazo antes de quedar embarazada, es lo mejor que puede hacer la mujer por su salud y la de su futuro hijo. Es muy conveniente que consulte con un profesional de la salud y así detectar posibles riesgos y adoptar medidas preventivas que ayudarán a que su embarazo se desarrolle de la forma más saludable (Alcolea y Mohamed, 2012: 11).

Dejar de fumar y de tomar alcohol es aconsejable adoptar estilos de vida saludables para que el futuro hijo/a nazca sano.

“Tomar 3 meses antes de embarazarse y 2 meses después, cada día, una pastilla de 1 a 4 miligramos de ácido fólico ya que determinadas malformaciones congénitas como la espina bífida y algunas enfermedades neurológicas en el recién nacido se pueden prevenir tomando diariamente un suplemento de ácido

fólico” (Gutiérrez, et al., 2008: 7-8). Se pueden englobar los cuidados para planear un embarazo de la siguiente manera:

Personal: en México en el año 2003 se realizó una intensa campaña para concientizar a las mujeres acerca de la importancia del consumo de ácido fólico antes del embarazo (durante la planeación) para que con ello se previnieran una serie de consecuencias como: paladar hendido, labio leporino y defectos en tubo neural del embrión (Secretaría de Salud, 2003: 9-20).

Familiar: si hay hermanos es necesario prepararlos para esta nueva etapa familiar, estar consiente de ser hermano lleva una preparación u orientación de ese nuevo rol que se desempeñará, es muy importante saber cómo plantear esta nueva situación familiar al hermano mayor, pues se habla de los celos infantiles, que no es más que la falta de concientización del hermano de cómo afrontar esta nueva situación. Por ello es necesario acudir a un experto para tratar este tema. También es importante la concientización de toda la familia para poder afrontar esta situación (Federación de enseñanza de Andalucía, 2011:1).

Cultural: estabilidad personal y de pareja, aunque lo segundo hoy en día no es imprescindible para planear un embarazo, vale la pena mencionar que no siempre es bien visto que una mujer planee sola un embarazo pues la cultura mexicana suele tener la idea preconcebida de que una familia es padre madre e hijo sin embrago, hoy en día se ha venido modificando este concepto.

Económico: solvencia para los recursos necesarios para el cuidado de un buen control prenatal, el nacimiento de un nuevo ser y la manutención del mismo durante toda su vida.

2.1.1 Consulta preconcepcional

Según Ahued debe ser brindada por un profesional que maneje asertivamente la temática relacionada con el matrimonio, la familia y asuntos relacionados. Durante la consulta preconcepcional se realizará una historia clínica del estado físico, nutricional y emocional, antecedentes personales, antecedentes familiares, y en

general del estado de salud de la mujer que desea embarazarse y de su pareja, si es el caso.

Riesgo preconcepcional

La salud es el resultado de la herencia, la alimentación, los hábitos, y la influencia del ambiente o de los ambientes en los que vive una persona o el estado de funcionamiento de los órganos que integran su cuerpo (Ahued, et al., 2003: 139-142). A continuación se mencionan los principales factores de riesgo preconcepcional:

Condiciones socioeconómicas, antecedentes familiares, estado nutricional, los buenos hábitos, estableciendo con estos datos obtenidos un diagnóstico integral de la mujer que desea embarazarse. También deberá recibir orientación sobre prevención de infecciones de transmisión sexual como: VIH-SIDA, hepatitis B o sífilis, u otras enfermedades infecciosas; será recomendable investigar acerca de la salud de la pareja masculina (Edmonds, 2009: 35). La mujer que desea embarazarse debe recibir inmunizaciones contra la hepatitis B y tétanos, en caso de ser necesario. Saber si ha sido vacunada contra la varicela y la rubéola, y en caso de no estar inmunizada es conveniente que se vacune antes de quedar embarazada y evitar el embarazo durante tres meses ya que si esta enfermedad se contrae en los primeros meses de embarazo puede provocar abortos y alteraciones importantes en el embrión.

La edad materna, a medida que avanza la edad de la mujer, de 35 años en adelante, aumentan las probabilidades de malformaciones en el bebé. Hay casos de síndrome de Down que se relacionan con la edad de la mujer y la edad paterna avanzada (más de 45 años), preclamsia, diabetes gestacional, abortos. Tal vez suene abrumador pero la suma de diversos factores de riesgo se podrían manifestar en mortalidad materna. La edad materna (menor a 20 años), es factor de riesgo para un parto prematuro o algunas malformaciones (Edmonds, 2009: 34); entonces se puede concluir que la edad materna ideal oscilaría entre los 25 a 34 años de edad. La exposición a determinados factores ambientales y laborales tanto del hombre como de la mujer (radiaciones, productos químicos, etc.),

pueden influir en la fertilidad y en caso de embarazo puede afectar al desarrollo del bebé (Gutiérrez et al., 2008: 9).

Durante la consulta preconcepcional se deben atender los siguientes aspectos en pacientes de bajo riesgo: dieta: lograr un Índice de Masa Corporal (IMC) normal, lograr una dieta equilibrada. Complementos vitamínicos: consumo de 400mg diarios de ácido fólico al menos seis meses antes de embarazarse. Factores de estilo de vida: evitar el consumo excesivo de cafeína, reducir lo más posible el consumo de alcohol, eliminar el consumo de tabaco (si es el caso).

Revisión de antecedentes médicos: identificar posibles anomalías, consumo de medicamentos. Revisión de antecedentes familiares: identificar posibles trastornos (trombosis, diabetes), antecedentes obstétricos: preclamsia, parto prematuro, abortos, etc. deberá ser necesario referirla a una interconsulta con un especialista, verificación de pruebas de citología cervical realizadas: asegurarse que se dio tratamiento adecuado a las anomalías detectadas en estudios citológicos, reducción de riesgos de enfermedad viral: verificar el estado de inmunidad (Edmonds, 2009: 35).

Autores mexicanos mencionan que las parejas prontas a contraer matrimonio deberían de asistir a una consulta prematrimonial ya que durante esta consulta la pareja tendrá la oportunidad de reflexionar acerca del tema del matrimonio y sus funciones: amor, amistad, felicidad, obligaciones y derechos, familia, procreación responsable, embarazo, etc. El sentimiento de felicidad será un factor muy importante durante el ejercicio de ser parte de una familia, ya que sin esta sensación es probable que un matrimonio se resuelva con un divorcio, así pues “La familia es la célula primaria y fundamental de la sociedad humana” (Ahued, et al., 2003: 139-141).

2.1.2 Servicios de Planificación Familiar

En 2014 la Organización Mundial de la Salud publica una serie de estrategias para la planificación familiar posparto, en donde hace especial énfasis en el personal de salud que ofrece por primera vez la gama de métodos anticonceptivos existentes y que una mujer desee seleccionar alguno para la

planificación familiar o bien que se encuentre en estado de gravidez y que desee informarse acerca de los métodos anticonceptivos para hacer uso de ellos en el periodo puerperal ya sea inmediato o tardío, es el personal de enfermería uno de los eslabones más importantes así como la constante capacitación que deben recibir los profesionales de enfermería es un parte aguas para el uso adecuado de métodos anticonceptivos en cualquier población en la que estén brindando sus servicios (Organización Mundial de la Salud, 2014: 8).

En México existe la Norma Oficial Mexicana 005 de los Servicios de Planificación Familiar, que da la pauta para asegurar una educación acerca de la planificación familiar en los hombres y mujeres que viven en esta nación, es importante mencionar que esta Norma define a la Planificación Familiar como el “Derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener al respecto la información específica y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas” (Secretaría de Salud, 1993: apartado 4).

En México existen guías de atención por grupos etarios que varían escasamente de una institución a otra, estas guías proporcionan la información que deben dominar los profesionales de la salud con respecto a métodos de planificación familiar, si bien sólo tienen información acerca de la indicaciones, contraindicaciones y efectos secundarios, es importante mencionar que la Organización Mundial de la Salud realiza estudios en relación al uso de métodos anticonceptivos, en los que se demuestra que uno de los factores cruciales para que una mujer haga uso de algún método es la calidad de atención por parte del profesional de salud, otro factor importante es la interacción paciente-profesional y el último es las diferentes opciones de métodos que existen en cada país (Jain, et al., 2010: 24-33).

Por ello es de vital importancia brindar información fundamentada en conocimiento científico a la paciente que desee seleccionar un método anticonceptivo, mencionar las características de cada método y los efectos secundarios, ya que existe un alto índice de abandono del uso de métodos

anticonceptivos debido a los efectos secundarios de estos, por ello es importante hacer mención de las políticas del sector público a la paciente antes de que seleccione algún método.

Educar al hombre y la mujer en edad reproductiva acerca del uso de estos métodos, para evitar en el caso de las primigestas espacios interginesicos menores a 36 meses debido a que existe mayor riesgo de alguna complicación en el próximo embarazo. Así como la adecuada presentación de métodos anticonceptivos a las pacientes y parejas permitirá llevar a cabo una planificación familiar. A continuación se enlistan una serie de intervenciones de enfermería para lograr lo ya mencionado:

Realizar la presentación de los métodos anticonceptivos disponibles brindando información concreta sin que con ello se pierda la calidad y calidez, haciendo especial énfasis en los beneficios, efectos no deseados y el tiempo que puede ser usado cada método, así el paciente tomará una decisión informada.

Una vez que el paciente ha seleccionado el método anticonceptivo que desea usar se debe realizar si es el caso la entrega o bien la aplicación o inserción del mismo, si se cuenta con las instalaciones y personal capacitado, en caso de no contar con las instalaciones o personal capacitado se realizará una referencia a un hospital cercano, haciendo hincapié al paciente que ello no es motivo para que se desaliente su decisión. Se debe brindar información a la paciente acerca de los cuidados que requieren ciertos métodos como el implante subdérmico o bien los parches, pues su aplicación requiere cuidados de la zona. En cuanto al dispositivo intrauterino hacer mención de lo que la pareja puede referir al momento de tener relaciones coitales; así pues en cada caso particular de los métodos anticonceptivos temporales y definitivos. Llevar un seguimiento de las pacientes con respecto a la continuidad del uso del método anticonceptivo, efectos no deseados y en caso de la suspensión del método, los motivos de la suspensión.

En el caso de los métodos anticonceptivos temporales de una duración mayor a 3 años es necesario citar a la paciente algunos meses antes del retiro del mismo por fecha de expiración del método para que seleccione un nuevo método ya sea

temporal o definitivo, ya que al alentar a las pacientes a continuar o bien iniciar el uso de algún método anticonceptivo permitirá a la mujer tener espacios interginesicos más largos, embarazos más saludables y de bajo riesgo; de alguna manera permitirá el empoderamiento de la mujer sobre su cuerpo y para la toma de decisiones en pareja si es el caso. También es importante considerar que los efectos no deseados de algunos métodos anticonceptivos hormonales varían de mujer a mujer, sin embargo hay que tomar en cuenta que el autoestima de la mujer es perjudicada con algunos de estos efectos no deseados y con ello muchas mujeres se ven obligadas a abandonar la continuidad de uso de algún método anticonceptivo en un futuro, al considerar esto se debería orientar nuevamente a la mujer al uso de algún otro método anticonceptivo o bien referir a la mujer con el especialista para resolver la situación (Jain, et al., 2010: 31-32).

La Organización Mundial de la Salud recomienda realizar un constante abordaje de orientación y educación a las mujeres en edad reproductiva con respecto a los métodos anticonceptivos, sobre todo en mujeres embarazadas pues esto nos da la oportunidad de que la paciente pueda llegar a una institución de salud según lo requiera, con una decisión tomada acerca del método anticonceptivo del que hará uso en el posparto, así pues se evitara hasta cierto punto, obligar a las pacientes a elegir un método en el puerperio sin que tengan la información adecuada. De esta manera se tendrá una mayor oportunidad de hacer conciencia en mujeres para que exista una planificación familiar, además de una preparación antes del próximo embarazo. Estas son solo algunas de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería desde el primer y segundo nivel de atención que se indican en la Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud 2012 y 2014 acerca de la planificación familiar.

2.1.3 Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual NOM-039-SSA2-2002.

En México existe la norma oficial mexicana NOM-039, que orienta cada una de las actividades que debe realizar el personal de salud desde la salud comunitaria ya que la Organización Mundial de la Salud recomienda como estrategia fundamental para la prevención y control del VIH/SIDA el diagnóstico oportuno,

tratamiento adecuado y prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) (Organización Mundial de la Salud, 2015, s/p).

Las ITS son una de las causas de enfermedades agudas, crónicas, infertilidad y muerte, con graves consecuencias médicas, sociales, económicas y psicológicas, para millones de mujeres, hombres, niñas y niños. El impacto de estas infecciones es magnificado por su potencial para facilitar la propagación de la infección por el VIH. Las ITS son un problema de salud pública a nivel mundial, los países en vías de desarrollo son los que se ven más afectados, ya que 85% de su población es sexualmente activa, por lo que aumenta el riesgo de contraer estas infecciones.

En México, las ITS ocupan uno de los cinco primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se ubican entre las diez primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años de edad, con un efecto diferencial para la vida y el ejercicio de la sexualidad de mujeres y hombres” (Secretaría de Salud, 2002: apartado 0). La norma mencionada enmarca que la promoción de la salud constara de: promoción de la salud, educación para la salud, participación social, comunicación educativa y como medidas de prevención: prevención primaria y prevención secundaria, deben estar dirigidas a medidas de control.

De esta manera, no debería existir casos nuevos de enfermedades de transmisión sexual pero no siempre depende del personal de salud, estas acciones más bien requieren de dos partes, la primera del personal de salud y la segunda del paciente, y es corresponsabilidad de ambos realizar estas actividades cada uno cumpliendo lo que le corresponde; sin embargo, la Secretaría de Salud realiza una notificación semanal de casos nuevos de enfermedades en las que cifras considerables de enfermedades de transmisión sexual van en ascenso, llama la atención en especial que aumentan las cifras de Virus de Papiloma Humano, ocupando el primer lugar el Distrito Federal, y por tanto aumentan las cifras de displasias cervicales ocupando el primer lugar de casos reportados el Distrito Federal y Veracruz, otra de las cifras que son preocupantes son las de nuevos casos de VIH/SIDA, ocupando el primer lugar de casos registrados en el Estado de México, y por último la Sífilis adquirida, en donde Nuevo León ocupó el primer

lugar de casos registrados (Secretaria de Salud, 2013: 113, 116 y 133), es así como estas cifras demuestran que la corresponsabilidad que existe en la relación profesional de la salud y paciente aún no se ha asumido, queda mucho por hacer en este tema.

2.2 Embarazo

Durante el embarazo la vida de la madre y del hijo serán de suma importancia ya que una muerte materna define la OMS como: la muerte de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa agravada por el embarazo o relacionada con su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (Secretaria de Salud y Cols., 2012: 22-24), una de las principales causas de este trágico evento es el rezago, la marginación y las acciones que realiza u omite el personal de salud (Lucio, et al., 2011: 4).

Durante esta etapa es importante recurrir a todas las personas que rodean a la paciente para el apoyo del embarazo, ya que estas redes de apoyo le permitirán a la mujer contar siempre con alguien en caso de alguna emergencia obstétrica y así acudir de la manera más rápida a una institución para su atención y esto puede prevenir una muerte materna, para ello algunos estados de la república han desarrollado programas en los que participan mujeres u hombres que por voluntad están dispuestos a ser capacitados para apoyar, vigilar y educar a una mujer embarazada no importando si es o no un familiar y han mostrado una considerable disminución de muertes maternas gracias al acompañamiento de la embarazada por estas redes familiares y en apoyo con el gobierno estatal (Servicios de Salud de Veracruz, 2011:22-24 y 34).

2.2.1 Embarazo inesperado

El ejercicio de la sexualidad, deberían ser siempre actos deseados y planeados; lamentablemente no es así, prueba de ello son los embarazos no deseados, definidos como aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, o que se dan en una persona que no quiere reproducirse. Ante un embarazo no deseado, las mujeres y las parejas enfrentan decisiones difíciles. Las opciones que se abren son básicamente dos: intentar interrumpir el embarazo a través de

un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencias que este procedimiento conlleva en sociedades en las que está legalmente restringido, y continuar con el embarazo no deseado.

Cualquiera de estas decisiones tiene consecuencias sobre la salud y la situación social y económica de la mujer, su pareja y su familia. Además, también influyen en las condiciones de salud y de desarrollo de las sociedades. En México, en 1997 las mujeres de 15 a 19 años declararon que su número ideal de hijos era, en promedio, de 2,7, mientras que las del grupo de 45 a 49 años respondieron que era de 4; aquellas sin escolaridad dijeron que el número ideal era de 4,3 y las que tenían educación secundaria o superior aspiraban a 2,7. Finalmente, las de origen rural señalaron que su tamaño ideal de descendencia era de 3,8 y las de origen urbano de 3 (Langer, 2002: 1).

Las consecuencias sobre la salud de las mujeres son indirectas: las más graves se derivan del aborto inducido al que las mujeres recurren para tratar de evitar el embarazo no deseado, y que se realiza en condiciones de clandestinidad e inseguridad. No obstante en el 2007 se legalizó el aborto en la Ciudad de México, en un inicio el número de abortos a nivel nacional antes de su aprobación se estimaba en un millón; sin embargo, para 2009 la cifras en el Distrito Federal no ha superado los 13.000 (Mundo BBC, 2012: s/p), actualmente las mujeres que presentan un embarazo inesperado pueden trasladarse a la Ciudad de México y realizarse un aborto de manera legal por lo que actualmente las cifras de abortos va en aumento de manera considerable, es entonces que cabe plantear la siguiente pregunta ¿es realmente una buena estrategia ante un embarazo inesperado?, ¿no es acaso la educación en materia de salud sexual y reproductiva que enmarca la NOM-005-SSA2-2010 de los Servicios de Planificación Familiar como estrategia para prevenir un embarazo inesperado?.

La continuación de los embarazos no deseados también tiene consecuencias sobre la salud de la madre y del hijo, ya que estos ocurren con mayor frecuencia en mujeres en ambos extremos de edad reproductiva, períodos durante los cuales los riesgos son mayores. Finalmente, los embarazos no deseados tienen

consecuencias que van más allá del individuo y afectan a toda la sociedad (Langer, 2002: 3).

Las complicaciones inmediatas más frecuentes del aborto inseguro son la perforación del útero, la hemorragia y la infección. A mediano plazo, la infertilidad es una secuela frecuente. Lamentablemente, no se cuenta con datos sistemáticos y precisos para cuantificar la morbilidad que ocurre como consecuencia del aborto inducido, excepto en los casos en los que la mujer acude a un centro hospitalario.

También es importante mencionar que la atención a las complicaciones del aborto consume importantes recursos del sector salud, la atención de estos problemas ocupa el segundo lugar en uso de recursos hospitalarios para la atención obstétrica, después del parto normal, que es el motivo más común por el que las mujeres en edad reproductiva acuden a una institución de salud. El costo de la atención a las complicaciones del aborto en distintas instituciones y circunstancias es muy variable y no se ha estimado de una manera sistemática. Para aproximarse a una cifra sería necesario considerar los costos hospitalarios directos que resultan de la atención de complicaciones graves, más las implicaciones financieras de un aborto complicado para la mujer, su familia y la comunidad (Langer, 2002: 11).

Es evidente que las muertes por aborto son menos frecuentes cuando el uso de anticonceptivos es más alto (y, por lo tanto, es menor la proporción de embarazos no deseados), y cuando la calidad de los servicios para la atención de las complicaciones es mejor (Jain, et al., 2010: 32).

Tomar una decisión ante un embarazo inesperado es difícil, además aun si el embarazo es inesperado y se continua con él y la madre rechaza al feto, estudios han demostrado que el rechazo materno, el trato rudo o errático y la falta de supervisión por parte de los padres son factores que contribuyen a que los hijos participen en actividades delictivas durante la juventud. Otros problemas sociales, como la violencia doméstica y los niños de la calle, también están fuertemente asociados con la maternidad no deseada (Feinholz-Klip, 2001: 62-66).

2.2.2 Diagnóstico de embarazo

El diagnóstico de embarazo se puede realizar por medio de los síntomas referidos de la paciente y los signos detectados en la exploración física. Sin embargo, existen casos de difícil diagnóstico en un primer contacto por lo que se requiere de ayuda de los métodos auxiliares de diagnóstico. Siendo posible clasificarlos en un inicio los signos y síntomas de embarazo como: de presunción, de probabilidad y signos positivos, que pueden ser referidos por la paciente o bien que nosotros podemos encontrar en una exploración física en la paciente, para que este diagnóstico de presunto embarazo sea confirmado o descartado, es necesario que la mujer se practique un sencillo examen de laboratorio que es de mucha confianza llamado prueba inmunológica de embarazo que se realiza en un laboratorio y cuyo procedimiento requiere un mínimo de dolor y un mínimo de tiempo. Se puede referir a la paciente a un hospital de segundo nivel o un laboratorio para que se realice este examen.

Una vez que el diagnóstico de presunto embarazo sea confirmado se deberá educar a la mujer brindándole información acerca de la importancia de consumir ácido fólico por lo menos los primeros tres meses, así como referirla a una institución para que se realice exámenes de gabinete como: química sanguínea, biometría hemática y un examen general de orina, todo ello para verificar que la paciente se encuentra en condiciones óptimas para el desarrollo de ese nuevo ser. Se deben cotejar los resultados del laboratorio ya que en caso de encontrar algún dato fuera de los parámetros normales se podrá indicar un tratamiento adecuado.

Es importante orientar a la mujer con respecto a la dieta balanceada que debe llevar, con un bajo consumo de grasas, consumir verduras, frutas, leguminosas, cereales y carnes blancas, ya que estos alimentos contienen los nutrientes necesarios para mantener en buen funcionamiento el cuerpo de la paciente y también proveer de nutrientes al futuro bebe. En caso de presentar intolerancia a algún alimento es necesario buscar la forma de remplazarlo con un similar o bien en caso de tener intolerancia por varios alimentos se podría sugerir el consumo de vitaminas.

Educar a la mujer, pareja y familiares cercanos para que identifiquen los signos y síntomas de alarma durante el embarazo y acudan con la paciente a una unidad médica en caso de presentar alguno. Lo esencial de este primer contacto con la paciente ante un diagnóstico de embarazo es hacerla consiente de todas aquellos cuidados que debe llevar a cabo en su vida diaria, también de aquellos hábitos que debe evitar como: fumar de forma activa o pasiva, consumir bebidas alcohólicas y también evitar el consumo de drogas, al menos que sean indicadas por el médico. Es fundamental saber si el embarazo fue planeado y deseado tanto por la paciente como la pareja, pues también puede considerarse un factor de riesgo para la evolución del embarazo (Ahued, et al., 2003: 150).

2.2.3 Signos y síntomas de embarazo

Durante el embarazo, la madre experimenta una serie de modificaciones fisiológicas y anatómicas, provocadas y a la vez reguladas por cambios hormonales que abarcan casi sin excepción a todos los órganos y sistemas (Schwarz, 2003: 28), se clasifican en tres grupos de: de presunción, de probabilidad y positivos:

Signos de presunción: son aquellos que sugieren pero que no indican positivamente un embarazo (Schwarz, 2003: 27-29). Generalmente son de tipo subjetivo y se conocen como trastornos simpáticos. El valor de estos síntomas es relativo, ya que las mujeres con falso embarazo también los refieren. La aparición de estos síntomas ocurre generalmente a la cuarta semana y pueden persistir hasta la vigésima semana (Botero, et al., 2004: 98). Estos síntomas son:

-Náuseas y vómitos: se asocian a cambios metabólicos y hormonales. Estos síntomas aparecen durante el primer trimestre del embarazo en el 50% de todos los embarazos este malestar se le denomina malestar matutino porque aparece cuando la mujer se levanta por la mañana y va desapareciendo al cabo de unas cuantas horas.

-Cambios en las mamas: se puede presentar la hipertrofia, el hormigueo en los pezones y una mayor sensibilidad al tacto. Los pezones y las aureolas pueden oscurecer. Al segundo mes las mamas empiezan a aumentar de tamaño.

-Poliuria: o de frecuencia urinaria, aumenta al principio del embarazo a medida que el útero en crecimiento presiona sobre la vejiga. Este síntoma desaparece durante el primer trimestre cuando el útero se eleva hacia la parte abdominal. La necesidad de orinar vuelve a menudo al final de embarazo a medida que el feto presiona sobre la vejiga.

-Cansancio: la paciente refiere adinamia frecuente durante todo el embarazo aunque es más notable al principio del primer trimestre, es asociado con un aumento de las necesidades metabólicas de la mujer y el feto.

-Signo de Goodell: es el reblandecimiento de la firmeza normal del cuello uterino, es necesario una mayor irrigación sanguínea de la zona pélvica e intensificada por la producción hormonal.

Los signos probables: son indicadores de embarazo, sin embargo no confirman por si mismos el diagnóstico. Estos síntomas pueden detectarse hasta la semana 12 (Schwarz, 2003: 29). Estos cambios se encuentran en el útero y en los genitales externos y es preciso analizarlos muy bien (Botero, et al., 2004: 98).

-Amenorrea definida como la ausencia de menstruación por más de 90 días (Secretaria de Salud, 1993: apartado 4) en una mujer sana puede sugerir embarazo, pero también puede presentar un atraso anómalo cuando se debe a diversos factores (Schwarz, 2003: 35).

-Cambios en la pigmentación: aparecen en el abdomen y en la cara. La línea nigra es la línea oscura que empieza en la sínfisis púbica y que se extiende por encima del ombligo. El cloasma gravídico se refiere a la pigmentación marronácea desigual en la cara en el embarazo a menudo se le conoce como la máscara del embarazo.

-Crecimiento del abdomen: se produce a medida que el útero crece y sale de la pelvis hacia la semana 12. Existen otras situaciones médicas que pueden

provocar un agrandamiento del útero, como los tumores benignos y los crecimientos cancerosos.

-El signo de Chadwick: es un matiz púrpura de la vulva y de la vagina, es secundario a la congestión vascular (un aumento del flujo sanguíneo) de la región pélvica. Este signo puede detectarse durante la exploración con el espejo tras la cuarta semana del embarazo.

-El signo de Heger: es una ablandamiento del segmento uterino inferior que puede palparse durante la exploración bimanual alrededor de la sexta a octava semana de gestación. El explorador introduce varios dedos de la mano en la vagina para tocar la parte posterior del cuello uterino al mismo tiempo se palpa la pared abdominal por encima del cuello uterino.

-Las contracciones de BraxtonHicks: son contracciones uterinas irregulares e indoloras que se producen a lo largo de todo el embarazo. La embarazada suele describirlas como una sensación de tensión en abdomen que se intensifica hacia el final del embarazo. Estas difieren de las contracciones verdaderas del parto de que no dan lugar a la dilatación cervical. El examinador puede detectarlas a la segunda mitad del embarazo.

La palpación del contorno fetal en esta el examinador es capaz de identificar las partes del feto. Peloteo: es el rebote del feto en el líquido amniótico.

Cambios emocionales: junto con los cambios físicos, posiblemente, tendrá también que enfrentar cambios emocionales. Puede sentirse: un poco sensible, deprimida, con deseos de llorar e irritable (Gutiérrez, et al., 2008: 36-37).

Signos positivos: son confirmatorios de un embarazo: prueba de embarazo positiva se pueden diagnosticar a los ocho o diez días de la concepción. Las muestras de sangre y orina maternas contienen gonadotropina corónica humana, hormona producida por la placenta en desarrollo son indicadores probables de embarazo.

-Auscultación de ruidos fetales por medio del equipo electro médico como el doppler.

-Animación: primeros movimientos fetales perceptibles por la mujer embarazada.

Llegando a confirmar en la presencia de estos signos el diagnóstico de un embarazo en una mujer (Botero, et al., 2004: 98).

2.3 Control prenatal

A nivel mundial la OMS ha realizado una serie de recomendaciones en donde expresa que toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los "embarazos de bajo riesgo" pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado. Para que las siguientes recomendaciones sean viables, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios a la par de cambios en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales (Organización Mundial de la Salud, 2003: 14).

Durante una consulta prenatal los profesionales de enfermería brindaran una atención integral y para ello la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, señala las principales actividades que se deben realizar durante dicha consulta, entre ellas:

Identificación de factores de riesgo. Para eliminarlos o limitarlos en la medida de lo posible.

La edad gestacional se define como el tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha en que se efectúa la medición. Un embarazo de gestación normal es de aproximadamente 40 semanas, con un rango normal de 38 a 42 semanas. Cálculo de la edad

gestacional: preguntar la fecha del primer día de la última menstruación, sumar los días desde esa fecha a la fecha actual, dividir ese número entre 7 (que corresponde a una semana) (Rivera, 2008: 8).

Condición del feto, entre ellas: latido cardíaco, movimiento fetal, tamaño y peso acorde a edad gestacional; en un ultrasonido es importante la cantidad de líquido amniótico y estado de la placenta.

Condición materna, en donde se da suma importancia a la presión arterial, glucometría capilar y aquellas patologías que aquejen a la mujer antes del embarazo o durante el mismo.

Se concluye una consulta prenatal con la educación materna, en donde es vital informarle acerca de la importancia de la consulta prenatal, la existencia del ejercicio psicoprofiláctico, el parto, el puerperio, métodos de planificación familiar, lactancia materna, marco legal etc., haciendo especial énfasis en los hallazgos encontrados durante cada consulta prenatal (Organización Mundial de la Salud, 2003: 14-26).

2.3.1 El control prenatal basado en la NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

En 1990 la OMS publica que a nivel mundial existe un alto porcentaje de mortalidad materna en los países en vías de desarrollo, entre ellos México, una de sus acciones durante el gobierno de Salinas de Gortari fue la traducción de un libro llamado "Para la Vida" para que los medios de comunicación difundieran la información que contenía, y uno de sus capítulos que podría considerar inmerso dentro de la Norma Oficial Mexicana 007 que tres años más tarde se expediría. Es el capítulo llamado "Maternidad sin Riesgos", el que tiene relevancia para el abordaje de este tema, pues menciona las actividades que deben realizar el binomio paciente-profesional de la salud como:

1. Acudir a controles prenatales ya que se pueden evitar riesgos durante el embarazo pues el agente de salud podría vigilar la evolución del embarazo, presencia de hipertensión arterial.

2. Orientar la alimentación o indicar medicamentos para prevenir anemia, aplicar dos dosis de vacunas contra el tétanos, controlar el peso de la madre y medir el crecimiento del fondo uterino.

3. Preparar a la madre para el parto y aconsejarla sobre la lactancia materna y el cuidado del recién nacido y orientar sobre los medios para retrasar el próximo embarazo. Durante el parto, éste debe ser atendido por una persona capacitada, pues podrá definir si el parto tendrá un buen desenlace, entre otras medidas que se deben considerar.

Un embarazo y un parto seguros y sin problemas dependen sobre todo del estado de salud y de la preparación de la madre (Adamson et al., 1990: 9-15). Así pues en 1990 se difundía esta información a través de los medios de comunicación masiva, sin embargo esto daría pie a que más adelante se concretara la Norma Oficial Mexicana 007 de la Secretaria de Salud, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido que enmarca:

El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas

2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas

3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas

4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas

5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas (Secretaria de Salud, 1993: apartado 5.2.3).

La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42 (Secretaría de Salud, 1993: apartado 5.2.4).

Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son: elaboración de historia clínica del paciente como documento médico-legal y de referencia, identificación de signos y síntomas de alarma durante el anamnesis (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales) y la educación a la paciente para la identificación de los mismos y así lograr una coparticipación, medición y registro de peso y talla, presión arterial, crecimiento uterino y estado de salud del feto; así como interpretación y valoración; valoración del riesgo obstétrico, determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo), determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D_μ). Examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36; detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y sexo servidoras), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad, prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico.

Es importante la aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales, también promocionar la lactancia materna exclusiva. Promoción y orientación sobre planificación familiar; con el apoyo de los datos anteriores, se deben establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles.

Proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contenga los siguientes datos: identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado

nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo y mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo. Se utilizará éste, como documento de referencia y contra referencia institucional (Secretaría de Salud, 1993: apartado 5.1.6).

2.3.2 Maniobras de Leopold

De acuerdo con Rivera Montiel la valoración que realiza un profesional de enfermería tiene varias etapas como la observación, inspección, palpación, percusión y auscultación, cada una de estas herramientas permitirá obtener datos del paciente, así la exploración física que se realiza a una paciente en estado de gestación debe tener un énfasis en el área del abdomen ya que en este se encuentra un nuevo ser, los datos obtenidos tanto del feto como de la madre nos permitirán realizar diversas intervenciones que evitaren en algún momento una cesárea por una posición fetal. Una de las herramientas que se usa para la exploración física de una mujer gestante serán las maniobras de Leopold, que permiten recolectar datos del feto, a continuación se describe la técnica de cada una de ellas en conjunto con los objetivos:

Situación: es la relación que guarda el eje longitudinal de feto con el eje longitudinal de la madre, y puede ser: longitudinal y transversa.

Posición: es la relación que guarda el eje longitudinal de feto con la posición izquierda o derecha. Es importante precisar, que en el lenguaje cotidiano de los hospitales a la posición también se le identifica como dorso derecha o izquierda de la madre, y puede ser posición derecha o izquierda.

Presentación: es la parte del producto que se aboca o tiende a abocarse en el estrecho superior de la pelvis materna y es capaz de llevar a cabo el mecanismo del trabajo de parto; puede ser: cefálica o pélvica en sus diferentes variedades.

Altura de la Presentación: es la relación que guardan los parietales de la cabeza fetal con el estrecho superior de la pelvis materna; puede ser: libre: cuando los

parietales no sobrepasan el estrecho superior de la pelvis. Abocado: cuando los parietales fetales no han rebasado totalmente el estrecho superior de la pelvis materna y el feto aún no se ha encajado y por exploración vaginal puede ser rechazado de la pelvis materna. Encajado: cuando los parietales fetales han rebasado el estrecho superior de la pelvis materna y el feto no puede ser rechazado.

-Primera maniobra: su objetivo es identificar que polo fetal se encuentra ocupando el fondo uterino, puede ser el polo cefálico o el polo pélvico. Colocarse de preferencia a la derecha de la embarazada y de frente a ella, y se ubican las manos en el fondo uterino tratando de abarcarlo con la cara palmar y apoyada en el borde cubital. De esta manera palparás el contenido (feto) y el contenedor (útero). Con esta maniobra podrás identificar el polo fetal que se encuentra en el fondo uterino:

a) cefálico: palparás las tres “R”: Redondo, Rígido y Regular.

b) pélvico: palparás las tres “I”: Irregular, Impreciso (en su demarcación y contorno) e Irritable, porque fácilmente se estimula y activa sus movimientos. De igual manera podrás identificar el tono basal uterino y/o de la contractilidad del mismo.

-Segunda maniobra: su objetivo es la Posición del feto (izquierda o derecha) y la situación (longitudinal o transversa) fetal. Colocarse de preferencia a la derecha de la embarazada y de frente a ella y ubica ambas manos a cada lado del abdomen, ejerciendo una presión sobre uno de los lados moviendo al bebé al lado contrario, y con la otra mano, palpa suavemente para sentir que parte del cuerpo se encuentra en esta zona. Si el dorso es derecho, apreciará una superficie plana y convexa y del lado izquierdo, percibirás partes irregulares, con una mayor movilidad en la palpación (manos y pies).

Si se te dificulta, apóyate de la Maniobra de Budin, que consiste en aumentar la flexión del feto ejerciendo una presión sobre el fondo uterino con la mano izquierda, evidenciando con ello el dorso, el cual tratarás de identificar por palpación con tu mano derecha (Rivera, 2008: 7-8).

-Tercera maniobra: su objetivo es identificar la altura de la presentación (libre, abocado y encajado), y corroborar la presentación. Ubicarse a la derecha de la embarazada y de frente a ella, usa tu mano derecha abierta como pinza, cuyas ramas serían el pulgar, índice y medio en forma de arco para poder abarcar el polo del producto que se aboca o tiende a abocarse en el estrecho superior de la pelvis materna. Pinza la parte inferior del abdomen de la madre inmediatamente por arriba de la sínfisis del pubis. Al tomarse fija y desplaza lateralmente con tu muñeca haciendo movimientos de prono-supinación (peloteo).

- a) Si la presentación pelotea, está libre.
- b) Si la presentación no pelotea esta encajada.

-Cuarta maniobra: su objetivo es identificar la presentación y corroborar la altura de la presentación (libre, abocado y encajado).

Cambiar de posición, colocarse viendo hacia los pies de la embarazada, dándole la espalda y dirigiéndote hacia su pubis. Coloca tus manos con la cara palmar y apoyada en el borde cubital por encima del pubis. De esta manera se palpará el contenido (feto) y el contenedor (útero). Así, identificarás la presentación:

- a) cefálica: palparás las tres “R”: Redondo, Rígido y Regular.
- b) pélvica: palparás las tres “I”: Irregular, Impreciso (en su demarcación y contorno) e Irritable, porque fácilmente se estimula y activa sus movimientos. También podrás corroborar la altura de la presentación (Rivera, 2008: 4-9).

2.4 Preparación del parto

Desde el siglo pasado se han realizado un sinnúmero de propuestas acerca de cómo se debe manejar la preparación del parto en la mujer sobre todo si ya ha tenido alguna experiencia previa, y en el caso de las mujeres que son primerizas se debe preguntar qué historias han escuchado acerca del trabajo de parto ya que como algunos autores mencionan, la mayoría de las experiencias e historias contadas enmarcan casi con letras mayúsculas que “el parto es muy doloroso”, incluso que pueden mencionar que “sientes que te vas a morir”, sin embargo todo ello dependerá de cómo se prepare el umbral de dolor de una mujer previo al

parto, es decir estos estímulos negativos deben ser mitigados con estímulos positivos, no se debe manejar la palabra “dolor” pues esta palabra tiene un condicionamiento en la mente del ser humano que disminuye el umbral del dolor por lo cual se debe sustituir por contracción, que fisiológicamente es lo más adecuado ya que la intensidad de la contracción va aumentando en forma gradual (Farai, 1958: 70).

Otros autores mencionan que es muy importante preparar a la pelvis de la mujer con ejercicios físicos que permitan los movimientos de nutación y contranutación que se dan durante el trabajo de parto, entre ellos encontramos los ejercicios de Kegel que son básicamente para ejercitar y dar tono a los músculos del suelo pélvico, según autores extranjeros, dará la pauta para que la madre sea quien dirija el parto pues será ella y el tono de la musculatura del piso pélvico en la fase de coronación y expulsión del producto de la gestación, los factores más importantes para que estas fases sean suaves y sin riesgo de desgarro (Alcolea y Mohamed, 2012: 43). Existen más ejercicios como las técnicas de respiración y relajación que ayudaran a que la mujer pueda oxigenarse de manera adecuada en el momento del parto, como soplar a 50cm de una vela encendida sin apagarla en varias repeticiones al día, o bien los ejercicios de entrenamiento para que los huesos iliacos se separen durante el parto sin producir sensación desagradable (Figueroa, 2007: 1).

Para fines específicos se mencionan dos tipos de ejercicios: los ejercicios de preparación psicológica y ejercicios físicos para la mujer, incluso se recomienda musicoterapia y otras terapias alternativas de atención; también menciona que el acompañamiento de la embarazada durante el trabajo de parto de una persona que ella elija acelera el trabajo de parto y la mujer tiende a elevar su umbral del dolor, además de sentirse más segura e incluso refiere sentirse muy satisfecha con el trabajo de parto ya que las mujeres que son acompañadas durante el trabajo de parto dirigen el proceso, solo por mencionar algunas características del entorno que debe rodear a la paciente en el trabajo de parto (Secretaria de Salud, 2009: 43-44).

EL dolor del parto como reflejo condicionado, de acuerdo a Farai la asociación permanente y repetida de dos palabras: parto-dolor, dolor-parto, crean en la mujer una representación condicionada de estos dos elementos, el convencimiento de que el dolor del parto es algo normal y, lo contrario, es hasta antinatural. Como respuesta, la mujer reacciona con tensión muscular y contracción uterina, descargando una mayor presión sobre el cuello; cuando esta presión se exagera, además de reaccionar con dolor, el cuello reacciona con espasmo y por lo tanto, el útero se contrae con mayor fuerza para vencerlo; con lo que se agrega la mayor anoxia por cierre más hermético de los vasos parietales de la matriz. Se ha conseguido, entonces, que al reflejo condicionado y al bajo umbral de percepción dolorosa se sumen el aumento de intensidad de los estímulos dolorosos. Cuando a pesar de todo esto, el cuello logra dilatarse completamente, los estímulos se descargan íntegros sobre el canal blando y el periné, los cuales, al igual que el cuello, responden con la contracción y el espasmo y se reproduce la cadena dolorosa de la dilatación (Farai, 1958: 75).

2.4.1 Ejercicio psicoprofiláctico

Existen diferentes beneficios al realizar los ejercicios psicoprofilácticos, siempre y cuando no exista una amenaza para el feto, por lo que es recomendable iniciarlos después del segundo trimestre incluso hasta el tercer trimestre del embarazo. Los beneficios que la mujer gestante obtendrá realizando estos ejercicios son entre otros: una mejoría en la postura y apariencia, alivio del dolor de espalda, músculos más fortalecidos para preparación del trabajo de parto y soporte para las articulaciones flácidas, una mejoría en la circulación, aumento en la flexibilidad y mantenimiento de la condición aeróbica, aumento en el nivel de energía: combate la fatiga, reducción en la tensión de los músculos; promueve el relajamiento, promoción de los sentimientos de bienestar y de una imagen positiva. Una vez que se ha decidido llevar a cabo estos ejercicios psicoprofilácticos se debe: elegir un lugar donde se realizaran los ejercicios, este debe ser tranquilo y cálido, la mujer embarazada no debe estar en contacto directo con el suelo, por lo que se sugiere el uso de un tapete (Figuroa, 2007:1).

También es de suma importancia que antes de realizar estos ejercicios se hagan 5 minutos de calentamiento y 5 minutos después de terminarlos. Es vital

mencionar que no se debe sobrepasar con el ejercicio y este se debe suspender si se siente algún dolor, sangrado o si hay ruptura de membranas y acudir de inmediato con el profesional de la salud que la atiende (Sapién y Córdoba, 2007: 222).

A continuación se describen algunos ejercicios, según Figueroa:

Elevación de la pelvis

Posición: tendida boca arriba, con las rodillas flexionadas, levantar la pelvis (caderas) todo lo posible, separándola del suelo, de forma que el peso del cuerpo se apoye en los pies en el los hombros. Volver a la posición inicial. Frecuencia: 10 veces. Dos sesiones al día. Finalidad: mayor flexibilidad para la columna y la pelvis. Fortalecer músculos de la pelvis y piernas.

Flexión de miembros inferiores

Posición: tendida boca arriba, con las piernas estiradas. Flexionar las piernas sobre el tronco. Sujetar las rodillas con las manos, y doblar lo más posible la columna y el cuello. De forma que la cabeza quede entre las rodillas. Volver a la posición inicial. Frecuencia: permanecer en la posición hasta contar hasta 2, volver a la posición inicial y repetir. Realizar el movimiento 3 veces. Finalidad: mayor elasticidad a las articulaciones útiles para el parto.

Recostada en “parto común”

Posición: acostada, con las piernas dobladas sobre el tronco, sujetadas por las manos. Cabeza apoyada sobre dos almohadas. También, sentada en una silla, con los pies apoyados. Manteniendo los muslos doblados y tocando el vientre.

Relajarse. Respirar. Tomar una inspiración completa y rápida. Mantener la respiración. Sin dejar escapar el aire, realizar el esfuerzo de evacuar el intestino (acción de pujar). Descansar expulsando el aire. Realizar respiraciones normales y repetir. Frecuencia: al realizar la acción de puje, mantener el esfuerzo hasta contar 5. Repetir 10 veces cada sesión. Finalidad: fortalecer los músculos que intervienen en los esfuerzos para expulsar el niño, en el parto. Facilita y abrevia el parto.

Ejercicios Resistidos

Posición 1: tendida en el suelo, boca arriba, piernas dobladas y pies apoyados en el suelo, separados. Posición 2: sentada en una silla, piernas un poco separadas, con los pies en el suelo, las manos sujetando las rodillas. Juntar y alejar las rodillas, oponiendo una resistencia a los movimientos. En la posición 1 se necesita que otra persona aplique la resistencia, sí no, puede realizarse la resistencia, colocando una almohada entre las piernas y tratar de juntar las rodillas. Frecuencia: 4 repeticiones sostenidas hasta contar hasta 4. Finalidad: fortalecer los músculos de los muslos y de la pelvis. Aumenta la elasticidad de las articulaciones de la pelvis.

Cuclillas

Posición: en cuclillas, los pies han de estar completamente planos sobre el suelo, no en puntillas. Lo más juntos posibles. Consiste en permanecer en la posición. Frecuencia: se sugiere de 5 a 10 minutos. Si no se logra, resistir el tiempo que se pueda. Finalidad: uno de los ejercicios más importante para el método del parto natural. Aumenta la elasticidad de la pelvis y la flexibilidad de la columna vertebral.

Ejercicios “a gatas”

Posición: a gatas en el suelo, se apoya en cuatro puntos (rodillas y manos). Ejercicio 1: imitación del gateo de los niños. Ejercicio 2: encoger el vientre mientras se espira el aire contenido. Se vuelve a la posición inicial al realizar la inspiración. No debe moverse la espalda. Ejercicio 3: hundir la espalda todo lo posible, aumentando la curvatura de las concavidades y conexidades de la columna vertebral. (La pelvis baja por delante). Luego, arquear la espalda cuanto se pueda, con un arco anterior al anterior (la pelvis sube por delante). Frecuencia: ejercicio 1: De 2 a 3 minutos diarios. Ejercicio 2: repetir 5 veces. Ejercicio 3: repetir 5 veces. Finalidad: aumentar la elasticidad de las articulaciones de la columna y de la pelvis.

De lado

Posición: tendida de lado en un sitio plano. Elevar todo lo posible la pierna hacia arriba. Mantenerla unos momentos extendida y volverla a bajar, lentamente.

Frecuencia: 5 repeticiones. Finalidad: activar los músculos de los costados del vientre. Hacer más flexibles y elásticas las articulaciones de la pelvis.

Anteversión y retroversión de la pelvis

Posición: de pie, con los pies juntos y el cuerpo erguido. Se coloca una mano sobre el bajo vientre y la otra sobre las nalgas. Con la mano de delante, se empuja la pelvis hacia arriba, mientras que lo con la mano de detrás la empuja hacia abajo. Luego, volver a la posición de comienzo. Frecuencia: 10 veces. Finalidad: aumenta la elasticidad de la pelvis y frótale los músculos del vientre y de la espalda (Figueroa, 2007: 1-10).

2.5 Parto

2.5.1 Atención al parto y la NOM-007-SSA2-1993 atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

Se menciona que la atención del parto se dará en toda unidad médica con atención obstétrica debe tener procedimientos para la atención del parto en condiciones normales; con especial énfasis en los siguientes aspectos:

A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma sin importar si está o no afiliada a la institución que atiende a la política de cero rechazo, que entro en vigor en marzo de 2014.

Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo para mejorar el trabajo de parto, respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica; actualmente diferentes hospitales de la república mexicana tanto públicos como privados luchan por el acondicionamiento y otorgamiento de un espacio exclusivo para el trabajo de parto donde las parturientas puedan alternar las posiciones que desee.

No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal.

No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de apresurar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica. Sin embargo, aun en la actualidad estas prácticas se siguen realizando sin justificación (Parra, et al., 2005: 2-4).

Existencia de criterios técnicos médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido; ya que la Organización Mundial de la Salud sugiere una “invasión” mínima en el trabajo de parto.

Actualmente en México las cifras de cesáreas han aumentado hasta colocarse dentro de los primeros cuatro lugares a nivel mundial de nacimientos por cesárea, a la par de países de primer mundo como Estados Unidos de Norte América (Guazo, 2014: s/p).

El rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto debe realizarse por indicación médica e informando a la mujer.

“La episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado y conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer”; sin embargo estudios actuales revelan que las mujeres en trabajo de parto no son informadas de estos procedimientos y sufren de “violencia obstétrica” (Castro, 2014:13-14).

El control del trabajo de parto normal debe incluir:

La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos; sin embargo no siempre se cuenta con el personal o con los aparatos electro médicos adecuados.

La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo del parto

y el criterio médico; sin embargo debería considerarse algún medio menos invasivo y traumático para evaluar la evolución del trabajo de parto.

El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica. Mantener la hidratación adecuada de la paciente.

El registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto;

Para la atención del periodo expulsivo normal se tiene que efectuar el aseo perineal y de la cara interna de los muslos y no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión.

Para la atención del alumbramiento normal se esperará el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. Puede aplicarse oxitocina o ergonovina a dosis terapéuticas, si el médico lo considera necesario; sin embargo la tracción de la placenta para el alumbramiento es una práctica rutinaria en parto normal, por ello la Organización Mundial de la Salud emitió en el 2015 un estudio acerca de la tracción solo indicada en caso de parto por cesárea (Organización Mundial de la Salud, 2015, s/p).

Los datos correspondientes al resultado del parto deben ser consignados en el expediente clínico y en el carnet perinatal materno incluyendo al menos los siguientes datos: tipo de parto, fecha y hora del nacimiento, condiciones del recién nacido al nacimiento: sexo, peso, longitud, perímetro cefálico, Apgar al minuto y a los cinco minutos, edad gestacional, diagnóstico de salud y administración de vacunas; inicio de alimentación a seno materno, en su caso, método de planificación familiar posparto elegido.

2.5.2 Recomendaciones de la OMS sobre el parto y nacimiento

En 1999 en la Declaración de Fortaleza la OMS hace una serie de recomendaciones sobre el parto y nacimiento que se presume pueden aplicarse en todo el mundo, trata explícitamente acerca de la tecnología apropiada para el parto. Así pues enlistan 14 recomendaciones generales y 16 recomendaciones específicas que a continuación se mencionan.

Recomendaciones generales

- 1.- Los ministerios de sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores público y privado.
- 2.- Los países deben efectuar investigaciones conjuntas para evaluar las tecnologías de atención al parto.
- 3.- Toda la comunidad debe ser informada de los distintos métodos de atención al parto, de modo que cada mujer pueda elegir el tipo de parto que prefiera.
- 4.- Los grupos de ayuda mutua entre madres ofrecen un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto.
- 5.- Los sistemas informales de atención perinatal (como las parteras tradicionales) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre. Tales relaciones pueden ser muy efectivas cuando se establecen en paralelo.
- 6.- La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.
- 7.- El equipo perinatal debe ser motivado conjuntamente para fortalecer las relaciones entre la madre, su hijo y la familia. El trabajo del equipo puede verse afectado por conflictos interdisciplinarios, que deben abordarse sistemáticamente.
- 8.- Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión.
- 9.- La evaluación de la tecnología debe implicar a todos los que usan dicha tecnología, epidemiólogos, sociólogos, autoridades sanitarias y las mujeres en las que se usa la tecnología.
- 10.- Debe investigarse a nivel regional, nacional e internacional sobre la estructura y composición del equipo de atención al parto, con el objetivo de lograr el máximo acceso a la atención primaria adecuada y la mayor proporción posible

de partos normales, mejorando la salud perinatal, según criterios de costo-efectividad y las necesidades y deseos de la comunidad (OMS y OPS, 1985: 1-2).

Recomendaciones específicas

- 1.- Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.
- 2.- Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.
- 3.- El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre.
- 4.- Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.
- 5.- Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10 % de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15 %.
- 6.- No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.
- 7.- Se recomienda controlar la frecuencia cardiaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo.
- 8.- No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.
- 9.- Debe protegerse el perineo siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.
- 10.- La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas. Ninguna región debería tener más de un 10 % de inducciones.
- 11.- No está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina.

Así pues la OMS pretende ser un coadyuvante esencial en la práctica clínica para atender el parto natural, que si bien en muchos países se ha considerado el embarazo como una enfermedad y en su etapa final con el parto como un proceso que debe ser de manera rápida, sin embargo es importante respetar el tiempo del trabajo de parto para evitar en lo posible las complicaciones tanto para la madre como para el producto de la gestación. (La OMS y la OPS deben designar un año durante el cual la atención se centre en la promoción de un nacimiento mejor, OMS y OPS, 1985: 2-3).

2.5.3 Paradigma del parto humanizado

Hoy en día la biomedicina también llamada medicina alópata o científica se ha terminado de consolidar como un sistema médico universal, siendo coadyuvado por el uso de la tecnología para fines diagnósticos y terapéuticos, para detectar los signos y síntomas de enfermedad y eliminarlos; sin embargo, ha ocurrido en un contexto de asimetría en la relación médico-paciente, en una deshumanización y encarecimiento en la atención médica e inequidad en el acceso a la salud. La atención biomédica del embarazo y parto también se ha encasillado en un enfoque biológico, la hospitalización, el uso indiscriminado de medicamentos y tecnología caracterizan las prácticas rutinarias de la atención biomédica

El modelo biomédico para brindar atención ha llegado a ser estandarizado, y se ha perdido la atención individualizada del paciente, prueba de ello es la descripción de una escena de parto: “En el momento del parto la mujer es colocada en posición horizontal o litotomía, en el cual la mujer permanece acostada con la cadera y las rodillas semiflexionadas sobre el cuerpo, con muy poca posibilidad de moverse. Algunos procedimientos realizados de manera rutinaria en la atención del parto son el rasurado de vello púbico, la administración de solución por vía parenteral, enema evacuante, episiotomía, inyecciones de oxitocina y la aplicación de anestesia epidural y perineal”. Además “se han realizado estudios comparativos acerca de la atención al parto por los médicos y parteras tradicionales, en ambos casos se presentan complicaciones para la madre y el recién nacido, pero son mayores en el sistema hospitalario (23.4%) en relación al sistema tradicional (20.2%)” (García, et al., 2012: 816-818).

Otras estadísticas muestran que de 26 mil 958 muertes fetales registradas en el año 2000, 24 mil 161 fueron atendidas por médicos y mil 36 estuvieron en manos de parteras. Para 2005, la cifra de decesos de bebés atendidos por comadronas disminuyó a la mitad, mientras que los puestos en manos de los médicos solo descendió una décima parte” (González, 2007: 8-9).

En 1990 se hizo una propuesta en la que se menciona que “para reducir los riesgos asociados al parto, todas las mujeres embarazadas deben disponer de atención durante el embarazo, por un agente de salud y los partos deben ser atendidos por una persona calificada” (Adamson, et al., 1990: 16); lo anterior es un avance considerable en materia de salud, sin embargo en otros países como Argentina existe una Ley de Parto humanizado, en su Artículo 2º enlista los derechos de la mujer durante el proceso de parto que incluye de manera general: información (evolución del parto, intervenciones, lactancia materna) a la mujer, trato digno (cultura, intimidación), protagonismo de la mujer durante este proceso, parto natural (tiempo biológico y psicológico), acompañamiento y contacto piel a piel con su hijo, todo ello es un parte aguas para brindar la atención del parto en un sistema biologicista y de alguna manera una nueva conciencia en el profesional de enfermería. Por ello vale la pena reflexionar acerca de la dirección que se lleva con respecto a la humanización del parto, por un lado el sistema biomédico “biologicista” y por el otro el modelo de medicina tradicional “holístico” y justo en medio el trabajo de los profesionales de enfermería, al choque de estos sistemas puede ser abrumador para los profesionales; sin embargo, empecemos por conceptualizar el parto humanizado, entendido como: “el control del proceso que tiene la mujer, no el equipo de salud, y requiere de una actitud respetuosa, cuidadosa, de calidad y calidez de la atención, estimular la presencia de un acompañante significativo para la parturienta” (Pujada, et al., 2011: 56). Otros autores lo definen como: “respeto y la creación de condiciones para todas las dimensiones humanas: espiritual, psicológica y biológica” (Claro, et al., 2005: 2).

Estudios realizados en Brasil acerca de la percepción de las enfermeras obstétricas sobre el parto humanizado en donde algunos resultados obtenidos son: “el proceso de embarazo, parto y posparto debe respetar a la mujer y la familia, no solo el aspecto biológico, sino también el aspecto psicológico, social y

cultural”, también se encontró que una de las barreras que tiene el profesional de enfermería en la atención del parto humanizado son los médicos y la falta de autonomía de la enfermera (Claro, et al., 2005: 8). En el aspecto médico se suma “una desactualización de los especialistas involucrados en este proceso en temas relacionado con el dolor, el estrés, la tensión de la madre y el casi nulo desarrollo de la psicoprofilaxis” (Pujadas, et al., 2011: 56).

2.6 Puerperio

2.6.1 Atención al Puerperio y la NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

En la NOM antes mencionada se enmarca una serie de recomendaciones que se deben realizar durante la última etapa del proceso de parto, el puerperio que si bien es la máxima expresión del cuerpo para volver a su nuevo estado después de haber albergado en sus entrañas a un nuevo ser. La atención al puerperio se brindará de acuerdo al tiempo de evolución como a continuación se menciona:

Puerperio Inmediato: (primeras 24 horas posparto normal), en los primeros 30 minutos el inicio de la lactancia materna exclusiva en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan y la indicación de alimentación a seno materno a libre demanda, recordemos que la lactancia materna también ayudara el alumbramiento y a la involución uterina adecuada; por ello es muy importante iniciar la lactancia materna además de muchos otros beneficios (González, et al., 2008: 2). En las primeras dos horas la verificación de normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de la micción. Posteriormente cada 8 horas. En las primeras 6 horas favorecer la deambulacion, la alimentación normal y la hidratación, informar a la paciente sobre signos y síntomas de complicación; durante esta etapa de transición estudios demuestran que se puede medir el nivel de felicidad que está relacionado con el protagonismo de la mujer durante el parto (Contreras, et al., 2012: 1-2).

Durante el internamiento y antes del alta, orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva y los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos (LVIII Legislatura del Estado

de México, 2014: art 12, sección I, II, III Y VII). Además se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio normal se lleve a cabo preferentemente con un mínimo de tres controles, en algunas instituciones de salud pública cuentan con clínicas de lactancia materna a donde son referidas durante estas consultas.

Puerperio Mediato: (2º al 7º día) y tardío (8º a 42º. día). Se deberá proporcionar un mínimo de tres consultas, con una periodicidad que abarque el término de la primera semana (para el primero), y el término del primer mes (para el tercero); el segundo control debe realizarse dentro del margen del periodo, acorde con el estado de salud de la mujer.

Se orientará a la madre en los cuidados del recién nacido como alimentación, evacuaciones, cuidados de muñón del cordón umbilical, baños de sol por la mañana y tarde por lapsos de 10 minutos, entre otros. Lactancia materna exclusiva, como un medio de costo beneficio incalculable para ambos, sobre métodos de planificación familiar, para que pueda elegir libre y consiente, la alimentación materna y el no abandonar el estilo de vida saludable, también información sobre los cambios emocionales que pueden presentarse durante el postparto (depresión pos-parto) (Secretaría de Salud, 1993: apartado 5.10).

2.7 Lactancia materna

La leche materna es el mejor alimento los primeros cuatro meses de vida y la mejor bebida posible durante el primer año. Después del cuarto mes, los niños necesitan otros alimentos complementarios además de la leche materna (Adamson, et al., 1990:17).

Para 1993 la Norma Oficial Mexicana 007 también incluye un tema que es de vital importancia para el crecimiento y desarrollo en la vida extrauterina del bebé que ha llegado a este mundo, por ello se debe proteger y fomentar la lactancia materna exclusiva en toda unidad médica de atención obstétrica (Organización Mundial de la Salud, 1993: s/p). La capacitación del personal de salud e información a las madres, ya que ello permitirá identificar adecuadamente los factores de fracaso de la lactancia y eliminarlos (González, et al., 2008: 4).

Las unidades médicas deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados; es importante mencionar que actualmente existe ropa de uso hospitalario que permite a las madre otorgar lactancia materna sin tener que exponer más que el seno del que se alimentara él bebé.

Informar diariamente a embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y leches industrializadas, pero en especial educación a las mujeres prontas a tener un bebé, ya que practicar una buena postura para amamantar permitirá comodidad para la madre y el hijo (Lamaze, 2009: 25-26). Este tema es de vital importancia para el crecimiento y desarrollo del bebé es un alimento que tiene las proporciones adecuadas de cada uno de los nutrientes que se necesitan para que este proceso se lleve de manera adecuada en el bebé, sin embargo a partir de 1960, cuando la mujer se incorpora al campo laboral disminuye la lactancia materna debido a esta condición laboral, no obstante las leyes realizan un esfuerzo mayúsculo en nuestros días para llevar a cabo la protección a este derecho del niño y de la madre que si bien a largo plazo traerá ciudadanos con menores enfermedades, ya que la lactancia materna podrá incluso ser profiláctica para la aparición de enfermedades.

En nuestro país la lactancia materna está protegida por la Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos; la Ley General de Salud (artículo 64); la Ley Federal del Trabajo (artículo 170); la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado (artículo 28); la Ley del Seguro Social (artículo 94); la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (artículo 39); la Ley para la Protección de los Derechos de los Niños y Adolescentes (artículos 20 y 28); y la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, entre otros ordenamientos. De esta forma en la última década, México ha tenido importantes avances en materia de protección a la maternidad, pero los mismos no han sido suficientes para que podamos decir con certeza que todas las niñas y niños recién nacidos de México tienen garantizado su sano desarrollo. Y el llamado problema radica en “las madres trabajadoras”, ya que pesar de los avances significativos

que la mujer ha tenido, como lo establecen diversas organizaciones internacionales en los que México forma parte, la maternidad de la mujer siempre será para ésta un tema por demás complejo (Villareal, 2012: s/p).

La leche materna es la única adecuada para el bebé; su contenido varía de madre a madre, de nacimiento a nacimiento y del principio al final de la lactancia. Todo esto porque el laboratorio humano que la produce (la madre) automáticamente la adecua a las necesidades de cada bebé en cada etapa de su desarrollo. Además, el alimento llega a la temperatura adecuada, libre de gérmenes, cruda sin pasteurizar, y con todos los fermentos, vitaminas, minerales y sustancia que el niño necesita para nutrirse y que le defienden contra enfermedades. Estudios recientes han comprobado que los niños lactantes se enferman menos que los no lactados, y si se enferman no presentan mayor gravedad. Eso explica la menor mortalidad de niños alimentados con el pecho (Sanabria, et al., 2005: s/p). Otro muypreciado beneficio de la lactancia materna es que el niño alimentado a pecho en cantidad y tiempo suficiente es generalmente más grande y más sano que el alimentado artificialmente.

La composición media de la leche materna es 1 a 2 por ciento de proteína, 3 a 5 por ciento de grasa, 6.5 a 10 por ciento de hidratos de carbono, 0.2 por ciento de sales, 82.8 por ciento a 89.7 es agua. Esta es la composición ideal para los requerimientos del niño en la edad de la lactancia, y es producida y calculada por su propio laboratorio humano: su madre. Esta es una propuesta en la que tiene una buena fundamentación, sin embargo su aprobación aún queda pendiente debido a que las pérdidas económicas que representaría su aprobación no son relativamente aceptables para los empresarios (Villareal, 2012: s/p).

También existen una gran cantidad de guías que instruyen a las mujeres a brindar una lactancia materna exclusiva, en donde se le educa acerca de los cuidados antes del embarazo, para la formación del pezón, la forma óptima de cómo dar un masaje a los senos de la mujer y a la mujer misma para que “baje” la leche antes de amamantar o de recolectar la leche (Ochoa, 2010: 32).

Hoy en día existe una llamada “lactancia materna a distancia” que permite a las mujeres que se encuentran laborando llevar una lactancia materna exclusiva a pesar de no estar cerca de su bebé, donde se recomienda el uso de cierta tecnología que varía en costo de acuerdo a la calidad pero siempre al alcance de cualquier mujer (UNICEF, 2006: 1-4). Se pueden encontrar muchas y bien sustentadas recomendaciones para llevar a cabo una lactancia materna exclusiva a pesar de la distancia siempre y cuando se consulten diversas recomendaciones acerca de la recolección (Asociación de suport a la lactancia materna, 2008), almacenamiento y conservación de la leche materna (Liebert, 2010) para tener la certeza de que este preciado “oro líquido” brinde todos sus beneficios al nuevo ser y también se cuenta con experiencias de mujeres que comparten su conocimiento como Martínez (2012).

Finalmente ese vínculo de amor que se crea entre madre e hijo durante la lactancia materna es uno de los más importantes durante la vida de ambos ya que no hay mayor expresión en ese momento en el que ese nuevo ser que es completamente dependiente de los cuidados de su madre.

2.8 Recomendaciones de atención del recién nacido vivo y la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

Recomendaciones de atención del recién nacido vivo implica la asistencia en el momento del nacimiento, así como el control a los 7 días y a los 28 días; para efectos de esto, toda unidad médica con atención obstétrica deberá tener normados procedimientos para la atención del recién nacido que incluyan reanimación, manejo del cordón umbilical, la OMS recomienda un pinzamiento tardío para prevenir anemia (Organización Mundial de la Salud, 2013: s/p), examen físico y de antropometría (peso, longitud y perímetro cefálico), valoración de Apgar, así como para valorar la edad gestacional, madurez física y madurez neuromuscular, vacunación BCG y anti poliomielítica, el alojamiento conjunto madre/hijo y la lactancia materna exclusiva.

En el recién nacido debe eliminarse como práctica rutinaria y sólo por indicación médica realizarse la aspiración de secreciones por sonda, lavado gástrico, ayuno, administración de soluciones glucosadas, agua o fórmula láctea, el uso de biberón

y la separación madre hijo; que son traumáticas para el recién nacido (Olzam 2010: 2-13).

Llevar una vigilancia de la vacunación, atención del motivo de la consulta, vigilancia de la nutrición y capacitación de la madre, ya que toda información que se le proporcione a la madre permitirá una coacción que proporcionará un medio de cuidado para la prevención de enfermedades o accidentes en el niño (Secretaria de Salud, 1993: apartado 5.1). La estrategia para asegurar la atención integrada la constituye la consulta completa que incluye: identificación de factores de mal pronóstico, evaluación clínica y clasificación, tratamiento adecuado, capacitación a la madre sobre la identificación de los signos de alarma, cuidados generales en el hogar y seguimiento de los casos (Secretaria de Salud, 1993: apartado 5.2). Las vacunas que deberán ser aplicadas rutinariamente en el país, son: BCG; Sabin, antipoliomielítica; DPT+HB+Hib, contra difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B e infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b; SRP, contra sarampión, rubéola y parotiditis; DPT, contra la difteria, tos ferina y tétanos; y toxoide tetánico-diftérico (Td adulto y DT infantil) (Secretaria de Salud, 1993: apartado 5.4). El esquema básico de vacunación universal debe completarse en los lactantes a los doce meses de edad. Cuando esto no sea posible, se ampliará el periodo de vacunación, hasta los cuatro años con once meses de edad (Secretaria de Salud, 1993: apartado 5.6). También menciona las actividades y recomendaciones para prevenir, tratar y eliminar infecciones diarreicas, infecciones respiratorias como principales enfermedades de mortalidad en lactantes. Se debe brindar suficiente información a las madres ya que de esta información brindada dependerán los cuidados que la madre brinde al niño, una mujer que es bien instruida durante el periodo de gestación y le es reforzada la información durante el puerperio podrá estar segura de los cuidados que brindara al recién nacido y al niño.

CAPÍTULO 3. PROPUESTA DE PROGRAMA DE ESPECIALIDAD DE PARTERÍA PROFESIONAL

Justificación del programa

La Organización Mundial de la Salud en su apartado de integración de la Medicina Tradicional Complementaria (MTC), en los sistemas de salud menciona que “La finalidad de la cobertura sanitaria universal consiste en asegurar que todas las personas puedan acceder a servicios sanitarios de promoción, prevención, rehabilitación y curativos de calidad suficiente para garantizar su eficacia, además de que los servicios de salud pueden estar demasiado lejos (obstáculos geográficos); o carecer de personal suficiente, lo que conlleva largas horas de espera (obstáculos de organización); o ser incompatibles con la preferencias culturales y de género de las personas (obstáculos culturales)” (Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2015-2023:31). La OMS incluye a la Partería profesional como MTC y por lo tanto esta Propuesta de Especialidad en Partería Profesional. “La necesidad de actuar ante las emergencias obstétricas desde el primer y el segundo nivel de atención, se propone incluir a la partería profesional en los servicios de salud, para ello es necesario promover la formación y el empoderamiento de las parteras profesionales en lugares de difícil acceso médico y en todo ámbito social receptivo” (Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México, 2010). Por ello la presente *Propuesta de Especialidad en Partería Profesional* con el propósito de brindar atención y cuidados a mujeres en cualquier etapa de la vida, con un enfoque de MTC, con la participación del profesional de enfermería desde la comunidad.

Objetivos

Formar profesionales especializados para responder a las demandas y necesidades de pacientes en edad reproductiva.

Áreas curriculares

Área Profesional

Integrado por las siguientes unidades de aprendizaje:

Sexualidad, Métodos y técnicas de investigación, Desarrollo Humano, Estimulación Temprana y Lactancia materna.

Área de Especialización

Constará de las siguientes unidades de aprendizaje teóricas:

Partería Profesional I, Partería Profesional II y Partería Profesional III; Enfermería en Ginecología, Enfermería en Neonatología, Enfermería en Obstetricia, Seminario de Tesina I y II.

Unidades de aprendizaje prácticas:

Prácticas Profesionales I

Prácticas Profesionales II

CONTENIDOS

Partería profesional I²

1. *Fundamentos de la partería*

Atención primaria y alcance de la práctica

Asistencia independiente y cooperativa

Proceso de atención obstétrica

2. *La profesión de partería*

Conceptos que caracterizan la partería

Historia de la partería en México

Primeros programas para certificación de parteras profesionales

Competencia cultural en el ejercicio de la partería

Asistencia culturalmente competente

Partería y maternidad sin riesgos en el mundo

Situación mundial

Tendencias y desafíos futuros en la partería internacional

3. *El trabajo con la comunidad*

Atención primaria y alcance de la práctica

Asistencia independiente y cooperativa

Integración de la partera en los servicios materno-infantil

Atención primaria

Enfermedades hemáticas

Sistema cardiovascular

Enfermedades respiratorias

Trastorno gastrointestinal y dolor abdominal

Evaluación de dolor abdominal

Problemas genitourinarios

Diabetes

Enfermedad tiroidea

Dolor de cabeza

Enfermedades infecciosas crónicas

VIH/SIDA

Tuberculosis

Hepatitis

4. *Partería y la maternidad sin riesgo en el mundo*

Situación mundial

El recién nacido

Promoción de la salud de las mujeres y de las familias con niños

Preguntas frecuentes sobre partería internacional

Tendencias y desafíos futuros en la partería internacional

5. *Atención preconcepcional*

Salud y evaluación de los riesgos

Asesoramiento específico de atención preconcepcional

Factores de riesgo médico

Temas medioambientales y

relacionados con el lugar de trabajo

La asistencia previa a la concepción en varones

6. *Estado nutricional*

² Algunos de los contenidos fueron retomados de los siguientes autores: Cabero, L., 2005, Gally, E., 1984. Klein, S., 2000. Malinowski, J.S. y cols., 1982 y Varney, H. y cols., 2006.

Estado nutricional de la mujer
Medición de peso y de la grasa corporal, sobrepeso y obesidad
Trastornos de la alimentación
Nutrición y vegetarianismo
Diferencia entre vegetariano y vegano
Alcohol y nutrición
Pautas nutricionales
Enfermedad cardiovascular
Cáncer
Diabetes
Nutrición
Nutrición, ciclo menstrual y fertilidad
Adolescencia
Nutrición durante la menopausia
7. Ejercicio en la mujer
Ejercicio para la salud de la mujer
Nuevo modelo de ejercicios para las adolescentes
Ejercicios apropiados durante el embarazo
Ejercicios para la recuperación del posparto
Ejercicios fundamentales para la menopausia
Ejercicio en los últimos años de vida
8. Abuso de sustancias
Mujeres y el abuso de sustancias
Atracción por el consumo de sustancias
Evaluación del abuso de fármacos y drogas
Aspectos del tratamiento general

Asistencia general en el consumo de sustancias durante el embarazo
Abuso de sustancias y lactancia
Implicaciones neonatales
Sustancias de consumo frecuente
9. El cuidado prenatal
La salud y evaluación de los riesgos
Edad de la pareja
Abuso de sustancias
Exposición a toxinas
Exámenes de detección para anomalías y diagnóstico diferencial
Examen físico para la historia clínica de enfermería
Preparación de la pareja para un embarazo saludable
Hoja de datos sobre los cuidados prenatales
Salud sexual y reproductiva
Historia clínica de la mujer
Historia clínica del hombre
Planeación del embarazo
10. Deberes de una partera responsable
Las visitas domiciliarias
Educación para el saneamiento domiciliario
Cuando indicar una prueba de embarazo
Factores de riesgo (ambientales, laborales, etc.)
Prevención de defectos congénitos

Partería profesional II

1. Embarazo

Diagnóstico de embarazo
Diagnóstico y atención temprana durante el embarazo
Embarazo inesperado
Determinación y valoración del bienestar de la mujer
Preparación de los padres para recibir al nuevo bebé
Control prenatal y la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-1993
Actividades del control prenatal

2. Cambios en el cuerpo

Mitos sobre el embarazo
Signos y síntomas del embarazo
Ajustes y procesos psicológicos maternos
Preparándose para recibir al nuevo bebé
El cuerpo de la mujer durante el embarazo

3. Malestares comunes en el embarazo:

Emociones y sentimientos
Malestares relacionados con la alimentación
Malestares relacionados con el descanso
Molestias y dolores físicos

4. Detección y asistencia de las complicaciones del embarazo

Identificación de demoras para la atención del embarazo, parto y puerperio
Hemorragia del primer trimestre
Embarazo ectópico
Mola hidatiforme
Hiperémesis gravídica
Incompetencia istmo-cervical
Infecciones
Tuberculosis
Hepatitis
Rubeola
Citomegalovirus
Toxoplasmosis
Varicela
Parvovirus
Infecciones urinarias
Anemias y hemoglobinopatías
Cardiopatías
Trastorno tiroideo
Asma
Embarazo múltiple
Polihidramnios
Oligohidramnios
Diabetes mellitus
Isoinmunización Rh
Placenta previa
Desprendimiento prematuro de placenta
Asistencia de la hemorragia por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta
Trastornos hipertensivos del embarazo

5. Valoración de la partera para un buen desarrollo del embarazo

Redes de apoyo en el embarazo
Madrina del embarazo
Vigilancia de red de apoyo durante el embarazo
Preparación para parto en la pareja: método psicoprofiláctico
Preparación de parto: ejercicios psicoprofilácticos

6. Cálculo de edad gestacional

Cálculo de edad fetal
Uso de reglas para el cálculo de edad gestacional:
Regla de Naegel
Regla de Pinard
Regla de Wahl
Regla de McDonald
Cinta obstétrica
Gestograma
Tabla obstétrica
Discrepancia entre desarrollo fetal/fecha
Cálculo de peso fetal
Embarazo pos término: el problema clínico
Conducta diagnóstico-terapéutica ante el embarazo pos término

7. Valoración fetal
Orientación prenatal
Desarrollo del embarazo
Maniobras de Leopold
Educación: la vida intrauterina
La colocación fetal intrauterina

Acomodamiento del bebé con rebozo
Ambiente para el nacimiento
Valoración del bienestar fetal durante el primer trimestre
Muestreo del segundo trimestre
Valoración fetal invasiva durante el embarazo
Valoración fetal durante el tercer trimestre

8. Parto

Parto: milagro de la vida
Señas de que el parto de acerca
Como preparar el lugar y el quipo para el parto
Señales normales y de riesgo en la primera etapa del parto
Cuando acudir al parto
Como reconocer el trabajo de parto verdadero
Que llevar al parto
Un parto humanizado
Preparación de la red de apoyo para parto natural
Planeación del parto de la mujer embarazada y red de apoyo
Parto natural e incorporación de la red de apoyo

9. Primera etapa del parto

Información para el primer periodo del trabajo de parto
Aplicación de la técnica de Lamaze
Evaluación de las contracciones uterinas

Interpretación de las frecuencias
cardíacas fetales
El partograma
Medidas pélvicas: su relación con el
progreso del nacimiento
Cuidar a la madre para evitar
problemas
Evitar infecciones
Fármacos para alivio del dolor
Valoración fetal durante el trabajo de
parto
Fisiología y alcances del problema
Métodos para valorar el equilibrio
ácido base fetal
Vigilancia de la saturación de
oxígeno fetal

10. Complicaciones del parto

Amenaza de parto prematuro
Parto pretérmino
Ruptura prematura de membranas
sin trabajo de parto
Trabajo de parto prolongado
Hemorragia en el trabajo de parto
Desprendimiento previo de placenta
El parto y la preclamsia
Prolapso del cordón umbilical

11. Segunda etapa de trabajo de parto

Ejercicio psicoprofilácticos para un
parto más fácil, breve y seguro
Parir en movimiento
Posiciones para un parto natural
Cuidados del periné

Educación: pujar para un parto fácil,
breve y seguro
Señales normales y de riesgo en la
segunda etapa del parto
Hemorragia
Desprendimiento prematuro de la
placenta
Ruptura prematura de membranas
Amnionitis y corioamnionitis
Circular de cordón en el bebé
Taquicardia o bradicardia fetal
Distocia de hombros del bebé
Parto con bebé en posición podálica
Parto de gemelos
Parto pretérmino y bebé prematuro
Cesárea previa
Rotura uterina
Prolapso de cordón umbilical
Desproporción cefalopelvica
Cetoacidosis
Tratamiento de las complicaciones
obstétricas y desviación de lo normal
Atención a la distocia de hombros
Parto con presentación de cara
Parto con presentación de nalgas
Señales normales y señas de riesgo
en la tercera etapa del parto
Como cuidar a la madre
El nacimiento del bebé
El alumbramiento natural
Placenta retenida
Hemorragia del tercer periodo
Placenta acreta
Placenta percreta

Placenta increta
Inversión uterina
Como cuidar al neonato
El respeto al recién nacido

Partería profesional III

1. Puerperio

Señales normales y señas de riesgo en el posparto

Lactancia materna inmediata

Señales de riesgo para la madre

La salud de la madre

Asistencia de la hemorragia del posparto inmediato

Factores predisponentes

Medidas preparatorias

Qué hacer si el bebé nace antes de que llegue la partera profesional

2. Atención del recién nacido

Cuidados del recién nacido y la

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993

Transición fisiológica a la vida extrauterina

Transición extrauterina inmediata

Transición extrauterina continúa

Cuidados inmediatos y evaluación del recién nacido sano

Evaluación previa al nacimiento

Evaluación al momento del parto

Cuidados durante las primeras horas después del nacimiento

Los cuidados tradicionales del recién nacido

3. Examen del recién nacido

Organización para el examen

Evaluación de la edad gestacional

Examen físico del recién nacido

Atención primaria del recién nacido:

primeras seis semanas de vida

Papel de la partera en el cuidado

neonatal del niño sano

Comportamiento del recién nacido

Decisión de la circuncisión

Alimentación del lactante

Lactancia materna: nutrición óptima del lactante

Patrones de la alimentación y aumento de peso

Cuando el pecho no es lo mejor

4. Atención del posparto

Puerperio normal

La higiene en el puerperio

Señales de riesgo para el neonato

Necesidades de la parturienta

Detección en anomalías del puerperio

Morbilidad puerperal

Infección puerperal

Otras complicaciones puerperales

Depresión posparto

Fracaso de la relación y maltrato o abandono del niño

Puerperio feliz

Puerperio y cuidados tradicionales

Baño de hierbas calientes

Hábitos alimenticios para una lactancia materna de calidad

5. Modelos de atención al parto en el hogar e institución de salud

Historia

Características del parto en el

instituto de salud y en el hogar

Modelos de prácticas en el instituto

de salud y parto en el hogar

Relación partera-paciente

Consulta inicial

Consultas de control

Preparación de la familia para el

parto y el posparto

Experiencia de la atención obstétrica

en el hogar e institución de salud

Periodo del posparto temprano y

seguimiento

Como lograr una transferencia eficaz

al instituto de salud

Recursos espaciales en el hogar y en

el instituto de salud

6. Aspectos médico legales en la asistencia al parto

Inducción al parto

Asistencia al parto normal

Finalización del embarazo con

cesárea

Aplicación de fórceps

Presentación podálica

Anestesia obstétrica desde el punto

de vista médico-legal

Mortalidad materna

Reanimación neonatal

Farmacología y partería

Léxico de farmacología

Fármacos en la sociedad moderna

Viabilidad y problemas respecto de

los fármacos

Reacciones adversas a los fármacos

Resistencia de los fármacos

Reacciones entre los fármacos

Costos de los fármacos

Fármacos y hierbas

Embarazo y uso de fármacos

Metabolismo

Eliminación/depuración

Teratología y sustancias lícitas e

ilícitas durante el embarazo

Productos farmacéuticos de uso

habitual

Fármacos para el tratamiento de

diversas situaciones médicas

Productos farmacéuticos y lactancia

Selección de fármacos en la mujer

que amamanta

Atención de la salud en mujeres que

viven su madurez y vejez

Edad en el momento de la

menopausia

Desarrollo del adulto, sociedad y

menopausia

Aspectos médicos de la menopausia

Endocrinología

Cambios en la perimenopausia y en

la vejez

Cáncer de mama

Enfermedad cardiovascular

Osteoporosis

Consulta perimenopáusica

Intervenciones terapéuticas
menopaúsicas, medidas preventivas
y promoción de la salud
La menopausia como oportunidad

Enfermería en ginecología³

1. Generalidades de la ginecología

Enfermería en ginecología

2. Anatomía y fisiología

Anatomía del aparato reproductor
femenino

Fisiología del aparato reproductor
femenino

Malformaciones del aparato
reproductor femenino

Ciclo menstrual

Alteraciones del ciclo menstrual

Amenorrea

Síndrome de ovario poliquístico

Metrorragia

3. Estudios Ginecológicos

Semiología en ginecología

Citología cervical

Colposcopia

Mastografía

Perfil hormonal

Exámenes ginecológicos

Examen de mama

Antecedentes de importancia

Examen físico

Variación en el examen y los
hallazgos mamarios
Instrucción para la autoexploración
mamaria

4. Aborto

Terminación del embarazo

Atención al duelo

Prevención de embarazos no
deseados

5. Enfermedades prevalentes en ginecología

Quiste de bartolino y bartolinitis

Endometriosis

Cistitis

Cervicitis

Enfermedad inflamatoria pélvica

Miomatosis uterina

6. Reproducción humana

Infertilidad

Esterilidad

Aborto habitual o recurrente

7. Enfermedades de transmisión sexual y de otros tipos:

Clamidia, candidiasis, tricomonas,
condiloma, gonorrea, herpes genital,
sífilis, VIH-SIDA y virus del papiloma
humano

8. Métodos de planificación familiar

Selección de un método
anticonceptivo

Anticoncepción en adolescencia

Anticoncepción en lactancia

Anticoncepción en casos especiales

Eficacia de un método anticonceptivo

³ Algunos de los contenidos fueron retomados de los siguientes autores: Mural y cols., 2009 y Ralph y cols., 2012.

Esterilización

9. Métodos naturales de planificación familiar

Método del calendario

Método de la ovulación

Método de la temperatura corporal basal

Método de la amenorrea durante el amamantamiento

Instrucción a la mujer/pareja

Tecnología y planificación familiar natural

Métodos anticonceptivos no hormonales

Espermicidas

Condomes

Diafragma

Capuchón cervical

Dispositivos anticonceptivos intrauterinos

Descripción, eficacia, respuesta de la usuaria, y beneficios

Contraindicaciones y efectos secundarios

Plan de cuidados para el DIU

10. Anticoncepción hormonal

Píldoras combinadas

Anticonceptivos a base de progestina

Anticoncepción urgente después del coito

Anticoncepción inyectable

Implante subdérmico

Anillo vaginal anticonceptivo

Parche anticonceptivo transdérmico

11. Climaterio

Climaterio y menopausia

Osteoporosis

12. Cáncer en la mujer

Cáncer de mama

Cáncer de ovario

13. Farmacología en Ginecología

Enfermería en obstetricia⁴

1. Anatomía y fisiología

Anatomía del aparato reproductor femenino

Fisiología del aparato reproductor femenino

Maternidad y paternidad responsables

Embarazo de bajo riesgo

Desarrollo embrionario y fetal

Anatomía y fisiología del feto a término

Placenta y sus anexos

Examen de la pelvis

Pelvis ósea obstétrica

Procedimientos, observaciones o hallazgos y su importancia

Anatomía y tipos de pelvis

Valoración de la pelvis ósea y pelvimetría clínica

Evaluación de los hallazgos

Exámenes obstétricos

Examen mamario

⁴ Algunos de los contenidos fueron retomados de los siguientes autores: Ramírez, 2002; Botero y cols, 2004 y Reece y cols., 2010.

Variación en el examen mamario y hallazgos en la embarazada

Variación en el examen mamario en la mujer en el posparto

2. Complicaciones del embarazo

Embarazo ectópico

Hiperémesis gravídica

Amenaza de aborto

Infección en vías urinarias

Infecciones vaginales

Ruptura prematura de membranas

Parto prematuro

Trastorno hemorrágico

3. Embarazo de alto riesgo

Trastorno hipertensivo

Diabetes gestacional

4. Preparación para el parto

Opciones para el parto/nacimiento

Manejo del dolor no farmacológico

Cambios posturales

Inyección intradérmica en el triángulo de Michaels

Indicaciones de cesárea y preparación para cesárea

Limpieza preoperatoria del área perineal

Derechos durante la atención al trabajo de parto y nacimiento

5. Mecanismo del parto

Proceso del trabajo de parto

Cambios iniciales

Etapas del parto

Valoración fetal durante el trabajo de parto y el parto

Atención al parto fisiológico

Comodidad y apoyo de la madre

Posición para el parto vaginal

Examen abdominal obstétrico

Examen abdominal preparto e intraparto

Examen abdominal posparto

4. Violencia obstétrica

El consentimiento informado

Uso de medidas auxiliares para el parto

Episiotomía y espisiorrafia

Analgesia y anestesia obstétricas

Parto por cesárea, cuándo es y cuándo no es justificada

6. Maniobras durante la tercera etapa del parto

Maniobras para el parto con la madre en posición de litotomía

Maniobras para el parto con la madre en posición dorsal

Maniobras para el parto con la madre apoyada sobre manos y rodillas

Maniobras para el parto con la madre en posición en cuclillas

7. Complicaciones del parto

Embarazo pos término

Poli hidramnios y oligohidramnios

Sufrimiento fetal

Distocias de origen fetal

Distocias de pelvis ósea

8. Desarrollo del nuevo ser:

Etapa embrionaria, etapa fetal y circulación fetal

9. Cuidados posparto

La cuarta etapa del parto

Extracción manual de la placenta

Inspección de la placenta,
membranas y cordón umbilical

Involución del fondo uterino y

descenso del fondo uterino

Compresión bimanual

Entuertos

Loquios

Cuello uterino

Vagina y perineo

10. Inspección posparto

Inspección posparto de cuello uterino

Inspección posparto de la bóveda
superior

11. Reparación de episiotomía y laceraciones

Procedimiento para ejecutar una
episiotomía

Nudos y puntos de sutura

Principios y consideraciones acerca
de la reparación de las episiotomías y
laceraciones

Reparación de episiotomía

Reparación de laceraciones de
primero y segundo grado

Reparación de desgarros y surcos

Reparación de laceraciones de tercer
grado

Reparación de laceraciones de
cuarto grado

Reparación de laceraciones del
clítoris y periuretrales

Reparación de laceraciones
cervicales

Mutilación genital y reparación

12. Complicaciones del posparto

Traumatismos de los órganos
genitales en el parto

Desgarros del cuello uterino

Hemorragia posparto

Extracción manual de la placenta

Acretismo placentario

Inversión uterina

Coagulación intravascular
diseminada

Embolia pulmonar

Infección posparto

Endometritis

Infección de la herida

Mastitis

Infecciones urinarias

13. Anormalidades en el cordón umbilical

El cuerpo en el posparto

Lactancia

Reinicio de la ovulación y
menstruación

Pérdida de peso

14. Cambios psicológicos

Depresión posparto

Psicosis posparto

15. Urgencia obstétrica

Politraumatismo en la embarazada

Técnica de RCP en la gestante

16. Farmacología en Obstetricia

Enfermería en neonatología⁵

1. Cuidados Inmediatos del Recién

Nacido

Test Apgar al minuto
Reanimación Avanzada (según lo amerite)
Aspiración de Secreciones nasofaríngeas y orofaríngeas
Estimulación Táctil
Test Silvermann
Secado
Mantenimiento de la temperatura del recién nacido
Posición en decúbito lateral
Signos Vitales

2. Adaptación del Recién Nacido

Técnica piel con piel
Primera succión de calostro
5 minutos después del alumbramiento para cortar el cordón umbilical
Test Apgar 5 minutos después del nacimiento

3. Cuidados mediatos del Recién

Nacido

Somatometría / Antropometría
Permeabilidad de esófago y ano
Ministración gotas oftálmicas (antibiótico)
Test Capurro

4. Valoración de la salud del neonato

Exploración Física (Céfalo-Caudal):

Color
Cabeza (Perímetros)
Cuello
Cara (simetría)
Ojos
Oído y audición (Implantación)
Piel
Pelo (lanugo)
Dedos (número)
Uñas
Boca, garganta y nariz
Tórax y tetillas
Abdomen
Genitourinario
Espalda y extremidades

5. Clasificación del recién nacido por semanas de gestación:

Menor de 37 SDG = Prematuro
37 a 42 SDG = Término
Mayor de 42 SDG = Post Término

6. Patologías en la Madre

Ruptura prematura de membranas
Diabetes Gestacional
Trastorno hipertensivo
Madre con toxicomanías
Madre con RH O+-

7. Complicaciones del neonato

Síndrome de dificultad respiratoria
Aspiración de meconio
Apnea secundaria neonatal
Defectos del tubo neural

⁵ Algunos de los contenidos fueron retomados de los siguientes autores: Cloherty, C. y cols., 2005; Johnson, 2011 y Rodríguez, 2012.

Alteraciones del crecimiento fetal
Cefalohematoma
Hidrocefalia
Hiperbilirrubinemia
Hipoglucemia neonatal
Hiperglucemia
Galactosemia
Fenilcetonuria
Cardiopatías congénitas
Atresia de esófago
Displasia del desarrollo de la cadera

Sexualidad⁶

1. Introducción a la sexualidad

¿Qué es la sexualidad?

La emergencia de la naturaleza humana.

Liberación masculina y femenina.

Ventajas de ser mujer y de ser hombre.

Sexualidad y educación

Sexualidad mitos y tabúes

¿Tiene edad la sexualidad?

¿Cuántos sexos hay?

Diferencias interculturales.

Globalización de la sexualidad

2. Caracteres sexuales humanos.

Caracteres sexuales primarios femeninos y masculinos

Genitales ambiguos

8. Estudios en el neonato

Tamiz metabólico neonatal

Tamiz auditivo neonatal

Vacunas del recién nacido

Vacunas del neonato

9. Farmacología en Neonatología

Vitamina K

Cloranfenicol

Surfactante

Aparato genital interno femenino y masculino.

Rasgos sexuales

3. Sexualidad y sistema endocrino

Glándulas endocrinas

Ciclo menstrual

Andropausia

Menopausia

Alteraciones hormonales

Impulso sexual

Genética y sexualidad

Sexo cromosómico

Sexo gonadal

Sexo psicológico

4. Sexualidad y desarrollo

Componentes psicológicos de la sexualidad

La construcción de la identidad

La identidad sexual. Género y rol de género

Masculinidad y feminidad.

5. Sexualidad infantil

⁶ Algunos de los contenidos fueron retomados de los siguientes autores: Castelo, C., 2005; Galindo, A., 2009; McCary, J.L., 2000 y Wilder, K., 2005.

Características de la sexualidad infantil

Etapas del desarrollo de la sexualidad infantil

Desarrollo integral del niño y de la niña.

6. Sexualidad en la adolescencia

Factores que logran estimular el deseo sexual

El rol sexual

Heterosexualidad en el adolescente

Búsqueda de pareja

Elección de la pareja

Formación de actitudes sexuales en adolescentes

7. Sexualidad en el adulto joven

La elección sexual. Nociones de sujeto y objeto sexual.

Afectividad, sexualidad, genitalidad en la elección sexual del objeto.

8. Sexualidad en la madurez

El amor en la pareja

9. Sexualidad y...

Esterilidad

Embarazo y puerperio

Menopausia y envejecimiento

La histerectomía

El cáncer de mama

Personas con capacidades diferentes

Personas con limitaciones física o sensorial

10. Sexología: una perspectiva moderna en materia de sexualidad

Terapia sexual

11. Ejercicio de la sexualidad

La autoestimulación

Métodos de autoestimulación

La seducción

La intimidad

Respuesta sexual masculina y femenina

12. Percepción sexual

Táctil

Visual

Olfativa

Gustativa

Auditiva

Orgasmo

¿Qué es el orgasmo?

Alcanzar el orgasmo

El ciclo de respuesta sexual de la mujer

13. Disfunción sexual

Adicción al sexo

Anorgasmia femenina y masculina

Trastorno de la mecánica del coito.

Incurvación del pene

Tamaño del órgano sexual masculino.

Inhibición del deseo sexual

14. La homosexualidad, transexualidad y bisexualidad

La homosexualidad y el sentimiento de culpa

15. Didáctica de la sexualidad

La postura de misionero

La alineación perfecta

La unión de la rana

La postura de la selva

La postura del antílope

La postura del Amazona

La postura de la balanza

La postura del bambú

La postura de la carretilla

16. Alternativas de la sexualidad

Erotismo

Pornografía, sexo telefónico y virtual

Zoofilia, fetichismo, exhibicionismo.

Sadomasoquismo y masoquismo.

Travestismo

Los juguetes sexuales

17. Función de la sexualidad

Reproductiva

Expresiva-comunicativa

Lúdico-recreativa

Soltería, celibato y alternativas sin sexo

18. El sexo y la ley

Pornografía

Prostitución

Aborto

Inseminación artificial

El agresor sexual

Leyes modelo sobre aspectos sexuales

Desarrollo humano⁷

1. Las características

diferenciadoras del ser humano

⁷ Algunos de los contenidos fueron retomados de los siguientes autores: Delval, J., 2012; Perinat, A. y cols, 2010; Santrock, J., 2006 y Stassen, K., 2008.

El hombre y otros animales

Las necesidades básicas

El esfuerzo de crecer la cara oculta del desarrollo

La importancia del desarrollo

Hereditarismo y ambientalismo

El hombre preprogramado

2. El Desarrollo Prenatal

El desarrollo antes del nacimiento

La fecundación

El crecimiento del nuevo ser

La sensorialidad del feto

Factores que afectan al desarrollo del feto

Aspectos psicológicos del desarrollo intrauterino

3. Primera Infancia

El proceso de nacimiento

Periodo posparto: ajustes físicos

Ajustes emocionales y psicológicos

Contacto físico inicial

El recién nacido

Los estados y funciones del recién nacido

Las capacidades del recién nacido

Sistemas para recibir información

Sistemas para transmitir información

Sistemas para actuar (reflejos)

4. Mecanismos del desarrollo

La adaptación

Asimilación y acomodación

El principio de discrepancia y la resistencia a la realidad

Los estadios del desarrollo

Diferencia entre los estadios
Los distintos aspectos del desarrollo perceptivo:
El desarrollo de la percepción visual
El desarrollo de la percepción auditiva
El desarrollo de la percepción óptica
El desarrollo de la percepción olfativa y gustativa

5. El nacimiento y la inteligencia
La consolidación de los reflejos
Los progresos del periodo sensorio-motor
Los progresos de la prensión
El reconocimiento de los objetos
La permanencia de los objetos
La resolución de problemas
Las capacidades perceptivas

6. Desarrollo físico y motor
Desarrollo físico
Desarrollo motor
Fase homolateral
Fase bilateral
Fase contralateral
La lateralidad
El desarrollo del cerebro
El cerebro y el ordenador
La relación entre lo físico y lo psíquico

7. El comienzo de las relaciones sociales: la madre
Necesidad de contacto social
Expresiones emocionales
La primera relación social

El apego
Etapas del apego
Interacción entre madre-hijo
Sistema afectivo maternal
La continuidad del apego y el amor adulto

8. Los otros adultos
La familia
El padre
La construcción de una relación

9. La Niñez
La capacidad de representación
Diversos tipos de significantes
Los dos sentidos de la representación
La imitación
Las imágenes mentales
La naturaleza de la imagen
El desarrollo de las imágenes
Los aspectos figurativos y operativos de las funciones cognitivas
El dibujo infantil
Las etapas del dibujo
La representación y el conocimiento

10. El lenguaje
Antecedentes del lenguaje
Los sonidos
Las reglas del lenguaje
Como desarrollar el lenguaje
La adquisición del vocabulario palabras y conceptos
Las primeras combinaciones de palabras
La adquisición del lenguaje

El pensamiento y el lenguaje
Influencia biológica y ambiental

11. El juego

Los tipos de juego
El juego de ejercicio
El juego de los animales
El juego simbólico
El juego de reglas
El juego de construcción
Los juguetes

12. El desarrollo de la capacidad de pensamiento

Organizando el mundo
El descubrimiento de principios
El periodo pre operacional
La construcción de invariantes
Características del pensamiento preoperatorio
La lógica preoperatoria
La operación concreta
Las nociones de conservación
La conservación de los líquidos
Otras formas de conservación
Las clasificaciones
La seriación
La noción del número
Otras operaciones
Las estructuras del pensamiento
La abstracción
La memoria y el aprendizaje
Concepciones de la memoria
La memoria y el conocimiento
Memoria y metamemoria

13. La comprensión de la realidad y la fantasía

La realidad y la fantasía
La construcción de mundos ficticios
La naturaleza del egocentrismo
La representación del mundo
La autoconciencia y el metaconocimiento

14. La construcción de teorías sobre la realidad

La categorización de la realidad
Las representaciones de la realidad
La búsqueda de explicaciones
La formación de conjeturas en el niño

15. El mundo social: las relaciones con otros

La influencia biológica y ambiental
Las capacidades sociales
La exploración del mundo social
Las relaciones con otros niños
Las relaciones de amistad
Tipos de relaciones
Las relaciones entre niños de distinta edad
Los beneficios de las relaciones sociales

16. La adopción del sexo

El sexo biológico
Las diferencias de conducta
El interés por el sexo
El desarrollo moral
Las reglas morales
La génesis de la moral
Los estados de razonamiento moral

17. La adolescencia

Los cambios físicos de la adolescencia

El desarrollo de los caracteres sexuales

Sexualidad en la adolescencia

La aceleración del desarrollo

18. Los comienzos del pensamiento científico

El razonamiento experimental

La formulación y comprobación de hipótesis

Las capacidades lógicas

El pensamiento científico y social

19. La búsqueda de identidad

La entrada en la sociedad adulta

Las amistades adolescentes

Proyecto de vida

La inquietud moral

Crecimiento emocional

Amistades

Grupos de iguales

Citas y relaciones amorosas

Depresión y suicidios

Uso y abuso de sustancias

20. Juventud

Convertirse en un adulto

Desarrollo biosocial

Actividad física

Comer bien

Cuerpos diseñados para la salud

21. Desarrollo cognitivo

Estadios cognitivos

Creatividad

La flexibilidad cognitiva

Tipos de personalidad

Moral y religión

La medida del desarrollo moral

Las etapas de la fe

Fe y tolerancia

Desarrollo cognitivo y educación superior

Los efectos de la universidad

Cambios en el contexto universitario

Valores y trayectoria profesional

Control de las expectativas laborales

La influencia del trabajo

22. Desarrollo psicossocial

Identidad lograda

Identidad étnica

Identidad vocacional

Intimidad

Amistad

Romance y relaciones

Desarrollo emocional

Temperamento

Apego

Atracción

Las diversas caras del amor

Desenamoramamiento

Matrimonio

El ciclo vital de la familia

Roles parentales

23. Adulterez

Desarrollo biosocial

El proceso de envejecimiento

Impacto de los hábitos insalubres

Variaciones del envejecimiento

Diferencias de género

Estatus económico

Ocio

Religión y vida adulta

Religión y salud

Sentido de la vida

24. Desarrollo cognitivo

Componentes de la inteligencia

Diversidad e inteligencia

25. Desarrollo psicosocial

Satisfacción producida por el trabajo

Retos y cambios profesionales

La personalidad a través de la edad adulta

26. Desarrollo socioemocional

Intimidad: los amigos

Amor y matrimonio

Abuelos

Lazos familiares

El divorcio

El nido vacío y como se vuelve a llenar

Relaciones intergeneracionales

27. Vejez

Desarrollo biosocial

Prejuicio y predicciones

Discriminación por la edad

Envejecimiento y enfermedad

Hábitos de la salud

La apariencia física

Ejercicio físico, nutrición y peso corporal

La disminución de los sentidos

Desarrollo sensorial

28. Desarrollo cognitivo

La estimulación sensorial y la percepción

Memoria

Procesos de control

Educación, trabajo y salud

Entrenamiento de habilidades cognitivas

29. Afecciones discapacitantes: demencia

Enfermedad de Alzheimer

Demencia subcortical

Demencia reversible

30. Desarrollo psicosocial

Trabajo

Jubilación: adaptación

Afrontamiento del retiro

Depresión

Matrimonios longevos

Actividades de la vida diaria

Amistad

Relaciones con las generaciones más jóvenes

La muerte y sus circunstancias

Perder a un cónyuge

Muerte y esperanza

Muerte y resignación

El duelo

Estimulación temprana⁸

1. Nociones previas

⁸ Algunos de los contenidos fueron retomados de los siguientes autores: Escobar, P. y cols., 2001; Frias, C., 2002; Klein, M., 2006 y Helander y cols., 1989.

Aspectos genéticos del crecimiento y desarrollo

Actividad hormonal durante el crecimiento y el desarrollo

Desarrollo neurológico del niño

Valoración del crecimiento y desarrollo

Crecimiento y desarrollo

Factores de riesgo para el desarrollo

2. El masaje infantil

Preparación

Posturas

3. Técnicas básicas de masaje

Reflexología

Como actúa

Puntos reflejos

Técnicas básicas

4. Desarrollo de una sesión

Sesión de diez minutos

Sesión completa de masaje

5. 0-3 meses de edad

Estimular el tono muscular del bebé

Motor grueso

Motor fino

Visión y audición

Lenguaje

Social

6. 4-6 meses

Motor grueso

Motor fino

Visión y audición

Lenguaje

Social

7. 7-12 meses

Desarrollo sensorial del bebé

Percepción visual

Percepción auditiva

Percepción táctil

Percepción de gusto y olfato

Área cognoscitiva

Área afectivo-social

Iniciarlo en la habilidad de

alimentación por sí mismo

Seguimiento de instrucciones

disciplinarias simples

Estimular al bebé en el conocimiento de sí mismo

Desarrollo del lenguaje

La palabra, el lenguaje y la comunicación

8. Trastornos de comunicación

Imposibilidad de desarrollar el lenguaje

El rol de la audición en el desarrollo normal del niño

Pérdida auditiva neurosensorial y trastorno central de la comunicación

Trastornos visuales

Aspectos evolutivos de la visión en la primera infancia

Influencia de la deficiencia visual del desarrollo

Diagnóstico precoz de la deficiencia visual

Disfunción visual cortical

9. De un año al año y medio

Desarrollo sensorial del niño

Percepción visual

Percepción auditiva
Percepción táctil
Percepción de gusto y olfato
Área cognoscitiva
El niño y la expresión de los afectos
La importancia de los factores familiares en el desarrollo del niño
El niño, afectos y su mundo exterior
10. Año y medio a dos años
Variables normales del crecimiento y desarrollo
Desarrollo sensorial del niño
Percepción visual
Percepción auditiva
Percepción táctil
Percepción de gusto y olfato
Área cognoscitiva
El juego y los juguetes
Aspectos bilógicos del juego
Psicodinámica del juego infantil
Aspectos sociales del juego
Control de esfínteres
Aspectos fisiológicos y atención integral del niño preescolar
Aspectos fisiológicos y atención integral del niño escolar
11. Entrenamiento profesional para el diagnóstico del desarrollo
Diagnóstico del desarrollo en un centro de salud
Especialización en el diagnóstico del desarrollo

Lactancia materna⁹

1. Educación prenatal

Fisiología de la lactancia
Los senos durante el embarazo
Los senos durante el puerperio
Reflejo de la eyección de la leche
Reflejo de inhibición local
Síntesis de la leche
Mitos sobre la lactancia materna
Grupos de apoyo a la lactancia materna

2. Nutrición y lactancia

La leche materna: un buen comienzo de la nutrición
Componentes de la leche materna
Volumen
Agua
Hidratos de carbono
Grasas
Proteínas
Enzimas
Hormonas
Hierro
Vitaminas
Leche inicial - leche final
Nutrición en la madre lactante
Proteínas
Vitaminas
Minerales
Líquidos
Control de peso

⁹ Algunos de los contenidos fueron retomados de los siguientes autores: Reyes, H. y cols., 2011; UNICEF, 2006; González y cols., 2008; Liebert, 2010; Ochoa, 2010 y OMS, 1993.

3. *El proceso de amamantamiento*

Protección de la lactancia materna

Amamantamiento, un proceso de aprendizaje para los dos

Impacto emocional de la lactancia

Síndrome de posición inadecuada al amamantar

Cuidado de los senos

Cuidado de los senos durante embarazo y lactancia

Técnicas de amamantamiento

Como lograr un buen prendimiento del bebé al seno

Como retirar al bebé del seno

4. *Ventajas de la lactancia materna*

Beneficios para el bebé

Aspectos inmunológicos de la leche materna

Beneficios para la madre

Vínculo entre madre-hijo

Cuando no alcanza la leche materna

¿Cómo aumentar la cantidad de leche materna?

Sucedáneos

5. *Problemas habituales en la lactancia*

Pezón plano o invertido

Congestión mamaria

Pezones irritados y agrietados

Retraso en la bajada de leche

Huelga de lactancia

Comportamiento observado en los bebés que no aceptan el pecho

Estrategias que pueden persuadir al bebé y a la madre

6. *Extracción, almacenamiento y conservación de la leche materna*

Métodos para estimular el reflejo de eyección de la leche

Medidas higiénicas y de asepsia

Extracción manual de la leche

Extracción de leche con bomba

Elección del envase

Conservación

Como descongelar y calentar la leche

Cambios de propiedades debido al almacenamiento

Administración de la leche extraída

7. *Bancos de leche humana*

Selección de donadoras

8. *Situaciones especiales en la lactancia materna*

Cirugía mamaria y lactancia materna

Alimentación al recién nacido a término con:

Labio y paladar hendido

Alimentación en recién nacido prematuro

Desarrollo del sistema inmune

Desarrollo neurológico

Aspectos nutricionales

Leche humana de “pretérmino”

9. *Contraindicaciones de la lactancia materna*

De la madre

Virus de Inmunodeficiencia Humana

Citomegalovirus

Herpes simple
 Hepatitis B
 Del recién nacido
 Galactosemia del lactante
 Fenilcetonuria
10. El amamantamiento y las pausas legales
 El trabajo y el amamantamiento
 Políticas actuales de México: Hospital Amigo del Niño y de la Madre
 El “Programa Madre-Padre Canguro”
11. El biberón y el bebé
 Las desventajas de los sucedáneos
 Un biberón ergonómico
12. El destete
 Los primeros seis meses
 De los 12 a los 24 meses
 Destete precoz, abrupto o de emergencia
 El destete parcial
 El destete planeado y progresivo
 El destete tardío
 El destete natural
 Muerte súbita del lactante
13. Fármacos y la lactancia

Metodología de la investigación¹⁰

1. Importancia y funcionamiento del conocimiento
 La estructura del conocimiento

¹⁰ Algunos de los contenidos fueron retomados de los siguientes autores: Álvarez, J.L. y cols., 2009; Albarrán, M. y cols., 2009; Bernal, C.A., 2010; Hernández, R., 2010 y Méndez, I. y cols., 2011.

La construcción del conocimiento
 Diversas formas de conocimiento
 La ciencia y el método
 Método científico
 Método de investigación científica
 El método y sus etapas
 Método inductivo y deductivo
 Leyes empíricas
 Leyes teóricas
 Teoría científica
2. Proceso de la investigación
 La investigación
 Tema de investigación
 Definición del problema
 Título de la investigación
 Objetivos de la investigación
 Justificación de la investigación
 Justificación y delimitación de la investigación
 Marco de referencia en investigación
 Hipótesis de la investigación
 Proceso de investigación científica
 El sujeto que se investiga y dónde se investiga
3. Elementos de la investigación
 El investigador
 El objeto de la investigación
 Lenguaje científico
4. Cultivando un espíritu crítico
 Medios empleados en una investigación
 Elección del objeto de la investigación

Estrategias generales de la investigación

5. Planteamiento del problema y su delimitación

Criterios para plantear el problema

Elementos que debe contener el planteamiento del problema

6. Marco teórico

La revisión y consulta de la literatura

Antecedentes de la investigación

Necesidad de conocer los antecedentes

Investigación previa a los temas

Métodos para organizar y construir el marco teórico

Método de mapeo para construir el marco teórico

Método de índices para construir el marco teórico

Redactar el marco teórico

Extensión del marco teórico

Referencias en el marco teórico

7. Hipótesis ¿Qué es?

De dónde surge la hipótesis

Hipótesis descriptiva de un dato o valor que pronostica

Hipótesis correlacional

Hipótesis de la diferencia entre grupos

Hipótesis que establecen relaciones de causalidad

Formulación de la hipótesis

Comprobación de la hipótesis

Prueba de hipótesis

Conclusiones y resultados de la hipótesis

8. Elaboración de protocolo

Protocolo de encuesta descriptiva y encuesta comparativa

Protocolo de estudio de revisión de casos

Protocolo de casos y controles

Protocolo de perspectiva histórica

Protocolo de una o varias cohortes

Protocolo de experiencia

9. Tipos de investigación

Diferentes tipos de estudio

Criterios de clasificación

Matriz de clasificación

Características que posee el enfoque cuantitativo de la investigación

Características que posee el enfoque cualitativo en la investigación

Características que posee el enfoque mixto en la investigación

10. Paradigma de la investigación cualitativa

Validez, confiabilidad y el muestreo de la investigación cualitativa

Enfoques o marcos teóricos o interpretativos de la investigación cualitativa

Etnometodología

Análisis conversacional

Hermenéutica

Fenomenología

Fenomenografía

11. Métodos cualitativos para obtener información

Muestra:

Muestra de participantes voluntarios

Muestra de expertos

Muestra de caso-tipo

Muestra por cuotas

Observación

Formatos de observación

Papel del observador cualitativo

Autoobservación

Entrevista

Tipos de preguntas en la entrevista

Tips para realizar entrevistas

Fotobiografía

Narrativa o análisis narrativo

Grupo focal

Investigación endógena

Sesiones de grupo

Biografías e historias de vida

Fase final de la investigación cualitativa

12. Análisis de la información por computadora

Rigor en la investigación cualitativa:

Dependencia

Credibilidad

Transferencia

Confirmación

Procedimiento

Compilación de la investigación cualitativa

Ética en la investigación cualitativa

13. Diseño de la investigación

Diseño experimental de la investigación

Diseño de cuatro grupos de Solomon

Diseños experimentales de series cronológicas múltiples

Diseño factorial

Diseño no experimental

Diseño transeccional o transversal

Diseño transeccional descriptivo

Los estudios de caso

Diseño etnográfico

Diseño narrativo

Diseño e investigación-acción

Población y muestra

14. Selección de la muestra

¿Cómo seleccionar la muestra?

Tamaño de la muestra

Tipos de muestra:

Muestra probabilística

Muestra probabilística estratificada

Muestreo probabilístico por racimos

Procedimientos para selección de muestra

Tómbola

Números aleatorios o randomom

Tamaño óptimo de una muestra

15. Obtención de la información

Recolección de datos

Requisitos de un instrumento de medición

La validez

La objetividad

Cálculo de confiabilidad

Cálculo de validez

Procedimientos para construir un instrumento de medición
El tránsito de la variable al ítem
Codificación
Nivel de medición
Cuestionarios y tipos de preguntas: abiertas y cerradas
Preguntas obligatorias
Características de una pregunta
Formación de un cuestionario:
Portada
Introducción
Agradecimiento final
Formato, distribución de instrucciones, preguntas y categorías
Contextos para administrar un cuestionario:
Auto administrativo

Entrevista personal
Entrevista telefónica
Escala para medir actitudes:
Escala Likert
Escalograma Guttman
16. Procesamiento de la información de datos
Modelos de procesamiento de datos con el uso de herramientas estadísticas
Seleccionar un programa de análisis
Ejecutar el programa
Explorar datos
17. Análisis de resultados. Discusión
Estadística descriptiva para cada variable
Redacción y entrega de informe

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de resultados

En el presente apartado se realiza el análisis, interpretación y discusión de los resultados obtenidos de las 21 entrevistas realizadas a mujeres en puerperio en un hospital de segundo nivel. Cabe mencionar que durante las entrevistas se les dio tiempo suficiente a las usuarias para responder cada pregunta, teniendo en consideración los tiempos de comida de la entrevistada y el tiempo de lactancia materna al neonato, de esta manera, cada entrevista se llevó un mínimo de quince minutos y un máximo de media hora, tiempo en el que ocasionalmente hubo alguna interrupción de la entrevista a causa de la atención inherente que se brinda en hospital y la visita de familiares, de la cédula de entrevista (anexo) se obtienen las siguientes categorías, así como algunos temas de importancia para el objetivo de esta investigación:

Categoría 1: Consulta Prenatal

- a) Vivencia en consulta prenatal
- b) Satisfacción de atención en consulta prenatal
- c) Educación de ejercicios psicoprofilácticos
- d) Satisfacción de información en consulta prenatal
- e) Presencia de algún signo o síntoma de alarma durante el embarazo

Categoría 2: Trabajo de parto

- a) Percepción del trabajo de parto
- b) Satisfacción de atención durante el trabajo de parto
- c) Satisfacción de información durante el trabajo de parto

Categoría 3: Puerperio

- a) Percepción del puerperio
- b) Satisfacción de atención durante el puerperio
- c) Satisfacción de información durante el puerperio

Categoría 4: Parto en casa

- a) Razón de atención en hospital
- b) Parto en casa

De los datos sociodemográficos que caracterizaban a la población estudiada se encuentran los siguientes: la edad mínima de 20 y la edad máxima de 41 años, en promedio la edad de las mujeres era de 26.6 años, aunque había mayor incidencia de mujeres de 24 años, de su estado civil solo siete eran casadas, tres solteras y 11 vivían en unión libre.

La procedencia de la población estudiada fue de 15 comunidades que se encuentran alrededor del municipio de San Felipe del Progreso, siendo Santa Ana Nichi la comunidad más alejada y Calvario Buenavista la más cercana; además de pertenecer a estas comunidades cuentan con algún nivel de estudios, dos mujeres con primaria trunca con conocimientos de lectura y escritura, siete con primaria terminada, dos con secundaria trunca y nueve con secundaria terminada; solo una tenía preparatoria terminada.

La asistencia a las consultas prenatales tuvo mayor incidencia en 4-7 consultas con trece mujeres, con un mínimo de 0-3 consultas cuatro mujeres y de 8-10 consultas tres mujeres, 5.4 en promedio consultas por mujer. Siendo las pacientes primigestas quienes acuden puntualmente a sus consultas prenatales en comparación de aquellas que tienen uno o más hijos.

El número de hijos que caracterizaba a la población estudiada era de ocho mujeres primigestas y un número igual de mujeres con uno o más hijos, nacidos por diferentes medios ya que de las entrevistadas 15 experimentaron un parto, en promedio 1.7 por cada mujer estudiada, en comparación con el número de cesáreas donde seis tuvieron una cesárea siendo primigestas y solo dos con un hijo previo a la cesárea, 0.5 en promedio, por mujer.

Del tiempo estimado para llegar al hospital desde la comunidad a la que pertenecían las mujeres estudiadas fue de 0-15 minutos en taxi tres mujeres, en camión solo una y caminando dos; de 16-30 minutos en taxi once mujeres y en auto particular solo una; finalmente de 31-60 minutos en taxi tres mujeres, en camión dos y en auto particular una.

Enseguida se especifica la información de cada categoría enunciada:

1) Consulta Prenatal

De las 21 mujeres entrevistadas sólo 8 eran primigestas, por tal motivo, no tenían experiencia alguna de consultas prenatales, a diferencia del resto de entrevistas (13 mujeres), quienes tenían experiencia previa.

a) Vivencia en consulta prenatal

De las mujeres entrevistadas, solamente 19 describieron el servicio que se les proporcionó durante las consultas prenatales en el centro de salud como “bueno”, producto de ello pudieron identificar las actividades que se realizaban durante las mismas como: toma de signos vitales, somatometría, valoración fetal, prescripción de complementos como ácido fólico y sulfato ferroso; en algunos casos de infecciones, principalmente de vías urinarias, y su tratamiento. Cabe decir que la mayoría de mujeres expresó que el equipo de salud le proporcionó un trato amable. Por su parte cinco mujeres mencionaron que el horario de atención para acudir a una consulta prenatal no es conveniente para ellas, ya que requieren de uno o más días invertidos para apartar y poder recibir una consulta prenatal. Por causa del horario, una mujer manifestó no haber acudido a ninguna consulta prenatal, además de reconocer que no cuenta con una red de apoyo familiar para el cuidado de su hijo mayor. Otra entrevistada expresó que recibió una mala atención (menciona la entrevistada que durante su segunda consulta prenatal la enfermera le grito para llamarle la atención) en el centro de salud, por lo que decidió acudir al hospital para llevar sus consultas prenatales, las cuales refirió como “buenas”, en comparación con el centro de salud, cinco mujeres más comentaron haber tenido citas programadas para el control prenatal en el centro de salud y consideraron más viable este sistema ya que sólo requería de un día.

Del total de entrevistadas, 14 manifestaron haber sido informadas de su estado de salud y de su bebé durante las consultas prenatales, mismas mujeres que se sintieron satisfechas de la atención que recibieron en la consulta prenatal, también se observó mayor seguridad y menos ansiedad en comparación con aquellas mujeres que no eran informadas de su estado general y del estado del bebé, así lo compartieron:

...era un poquito tardado... a veces... nos daban prioridad como embarazadas y hay veces... no, como yo tenía que trasladarme... hay veces en que ya no alcanzaba ficha o alcanzaba, pero ya casi eran las últimas... ya salía muy tarde... (E-8)

...mejoró mucho, sí porque antes teníamos que ir a apartar la cita para la consulta a las cinco o cuatro de la mañana... nos ponen las fechas ahí en nuestro carnet es una vez al mes (E-20).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó en 2003 un manual de consultas prenatales basado en evidencia, que provee instrucciones para la conducción de las visitas del control prenatal, algunas de las intervenciones pueden ser realizadas por parteras, enfermeras y asistentes médicos entrenados (OMS, 2003: 1). El control prenatal básicamente “identifica a las mujeres con patologías especiales y/o aquellas con riesgo de desarrollar complicaciones”. “Los horarios deben ser tan convenientes como sea posible para favorecer la concurrencia de las mujeres, cuanto mayor es el número de horas que las clínicas dedican para la atención de las pacientes, más elevado es el número de mujeres que solicitan control prenatal en las mismas” (OMS, 2003: 6).

Aun cuando la OMS hace las recomendaciones antes mencionadas, sólo cinco centros de salud las atienden (horarios más extendidos, atención de calidad y calidez), algunas mujeres mencionaban que era complicado asistir a consulta por los horarios de atención en el centro de salud. De las mujeres estudiadas cinco señalaron que invirtieron de uno a dos días para poder sacar ficha para una consulta prenatal en cinco centros de salud diferentes, días que no podrían invertir si estuviesen laborando durante el período de embarazo, precisamente, una de las mujeres expresó haber tenido problemas en su trabajo para asistir a consultas prenatales.

b) Satisfacción de atención en consulta prenatal

Durante las consultas prenatales 12 mujeres percibieron una atención “buena” por parte del personal del centro de salud, ya que mencionan haberse sentido cuidadas, bien tratadas e informadas de su estado y del estado del feto, refieren que se les preguntaba ¿Cómo se sentían?, pregunta que les hacía sentirse cuidadas y atendidas e importantes para el personal de salud, durante la entrevista describían las actividades que realizaba el equipo de salud.

Únicamente una mujer expresó haberse sentido “satisfecha”, toda vez que cumplieron con sus expectativas, quizás por ser su primer embarazo. Por otro lado, dos mujeres tuvieron la oportunidad de asistir a consultas prenatales al hospital; una expresó sentirse más satisfecha con la atención que se le brindó, mientras que la otra calificó la atención del personal de salud como inadecuada, al comparar el trato del personal de una institución privada, apuntando éste como “muy diferente”. Por su parte, cinco entrevistadas comentaron que la atención que recibieron fue buena, aunque no pudieron explicar la razón o razones para calificarla de esta manera. Por último, una mujer se manifestó satisfecha con la atención recibida, aduciendo que no fue rechazada en el centro de salud, otra calificó como regular la atención que le brindaron en el centro de salud, una más comentó haberse acostumbrado al tiempo que requería para recibir una consulta prenatal y una mujer no asistió a consultas prenatales, expresándolo de la siguiente manera:

... sí me desesperaba todas las horas que si tenías que esperar ahí... ya me había acostumbrado a qué hora llegaba a mi casa (E-21).

... muy amable el doctor del centro de salud... en el hospital... venía a dejar un papel y no me lo esperaba de que iba a pasar a consulta... yo no venía acompañada con una persona y una enfermera me dijo: imagínese que se llegue a sentir mal, ¿a usted le gustaría que su hija la viera que le hiciéramos el tacto?... Pues en el particular ni se diga muy amable el doctor y todo... (E-19).

“La interacción individual entre la paciente y el médico o partera es un elemento esencial, se debe dedicar tiempo suficiente durante cada visita a la discusión de las dudas de la paciente respecto al embarazo, incluir información del parto, respuesta específica a las preguntas de la paciente y debe focalizarse sobre los signos y síntomas de emergencia (OMS, 2003: 15). Aunque la mayoría de las mujeres califica como buena la atención que se les brinda, es quizá necesario cambiar los horarios de consulta para poder optimizar esta atención que se les brinda y considerar las expectativas de las usuarias como principal objetivo, para que con ello exista una mayor satisfacción del servicio brindado y así poder evitar la renuencia de asistir a consulta por el tiempo que se requiere.

c) Educación de ejercicios psicoprofilácticos

Sólo cinco mujeres señalaron haber recibido educación acerca de las técnicas de respiración que se pondrían en práctica durante el trabajo de parto, de las cuales una manifestó que el personal del centro de salud le recordó cómo respirar durante el trabajo de parto, pues le habían explicado la técnica de respiración durante el primer embarazo. Otra de las entrevistadas comentó haber participado en talleres para mujeres embarazadas, donde se les enseñó la técnica de respiración.

A su vez, 16 mujeres expresaron que no tuvieron la oportunidad de haber sido educadas acerca de los ejercicios psicoprofilácticos. Una entrevistada comentó que participó en talleres de mujeres embarazadas, sin embargo, mencionó que los temas se iban rolando en los dos equipos de mujeres y que esto podría haber sido una causa de no haber aprendido a realizar ejercicios psicoprofilácticos, compartiendo su vivencia de la siguiente forma:

Sí... estaba en talleres de mujeres embarazadas... cuando vienen los dolores respirar profundamente... y sacar el aire... (E-19).

Sapién y cols., (2007) realizaron un estudio cualitativo en la Ciudad de México, mencionando que las mujeres que saben de este tipo de cursos son por recomendaciones de conocidos o parientes. “La Psicoprofilaxis es una actividad sanitaria educativa y preventiva en reproducción. El conocimiento de lo que va ocurrir y sentir y el entrenamiento en las técnicas para manejar el dolor y responder a él, ayudan a la mujer a enfrentar el parto”. La Psicoprofilaxis aún es de escasa prioridad institucional, atiende la reproducción de manera preventiva, cuando más bien la curación de enfermedades caracteriza al modelo médico vigente (Sapién, et al., 2007: 8).

Farkas y cols., (2008), realizaron en Chile un estudio acerca de las preocupaciones que tienen las mujeres durante el embarazo, en donde se encontró que la tercera es la preocupación frente a lo desconocido, relacionada con la experiencia del primer embarazo, y se suscita frente a sensaciones desconocidas hasta ahora, así como frente a la falta de información (Farkas, et al., 2008: 17).

Del total de las entrevistadas cinco aprendieron durante el control prenatal técnicas de respiración para el trabajo de parto, sin embargo, es la mayoría de estas mujeres que nunca tuvieron un contacto con este tipo de actividad, esto generó que cuando se les preguntaba sobre la percepción del trabajo de parto, la mayoría lo considera traumático, fundamentalmente por la ansiedad ante lo desconocido.

d) Satisfacción de información en consulta prenatal

De las entrevistadas, 14 mencionaron que durante las consultas prenatales fueron adecuadamente informadas por el personal de salud, percibieron la información recibida como provechosa, suficiente y que les solucionaba dudas. Tres mujeres comentaron ser beneficiarias de un programa de apoyo gubernamental, lo que les comprometía a asistir mensualmente a las pláticas que se otorgaban en el centro de salud, producto de ello las mujeres expresaron haber sido bien informadas acerca de los procesos de embarazo y parto. Por su parte, tres entrevistadas valoraron la información recibida como regular, ya que hubiesen querido saber más y que se les resolvieran dudas dentro de la consulta prenatal; una mujer no evaluó la información pues no asistió a consultas prenatales, una más manifestó no haber tenido la oportunidad de asistir a pláticas al centro de salud, y no estaba informada de las fechas y horarios en que se otorgaban, pero no por ello tenía dudas, debido a que por iniciativa propia buscó información de fuentes fidedignas, por último tres mujeres no explicaron el motivo por el cual estaban satisfechas, compartiéndolo así:

... voy cada mes a la plática y... me ha servido de mucho... nos daban la información ahora sí que necesitamos. (E-16).

... me informé... pero eso ya fue cuestión mía... como iniciativa de que no había ido a las pláticas, pero sabía que si venía al hospital pues me iban a preguntar, y sí, como que no me hubiese gustado que me preguntaran y que yo no supiera cómo dar una respuesta... (E-15).

e) Presencia de algún signo o síntoma de alarma durante el embarazo

Del total de entrevistadas, 14 expresaron conocer los signos y síntomas de alarma durante el embarazo, mismas que no presentaron ninguno en ese lapso, tres presentaron edema de miembros inferiores y/o superiores cuando realizaban ejercicio excesivo, una manifestó haber tenido en alguna ocasión la presión alta y fue atendida y controlada en el centro de salud, dos presentaron amenaza de

aborto y una no sabía qué eran los síntomas de alarma, pues no asistió a consultas prenatales, enseguida una de las manifestaciones:

No... yo me sentía perfecta, como si no estuviera embarazada (E-6).

“Todos los consejos verbales deben estar acompañados por instrucciones escritas simples redactadas en el idioma local aun para mujeres analfabetas” (Organización Mundial de la Salud, 2003: 15). Aun cuando se les brinda información de métodos de planificación familiar a las mujeres para que realicen una elección previa al puerperio, un porcentaje muy bajo de las mujeres son dadas de alta con un método de planificación familiar.

Ninguna mujer refirió haber recibido información escrita de las pláticas que se les otorgaban en el centro de salud, incluso mencionaron que trataban de captar lo más que pudieran para poder aprender algo de lo que se les enseñaba en las pláticas y las consultas prenatales.

En los resultados que se mencionan anteriormente se puede apreciar que no hay interés por parte del personal de centros de salud por educar a las mujeres acerca de la preparación para el trabajo de parto, pues hay la oportunidad de hacerlo durante las pláticas; sin embargo, no se hace.

Ninguna de las entrevistadas expresó tener información escrita de los signos y síntomas de alarma durante el embarazo, 20 de ellas pudieron mencionar todos los signos y síntomas de alarma, además manifestaron conocer a dónde dirigirse al presentar alguno.

2) Trabajo de Parto

a) Percepción del trabajo de parto

Del total de las entrevistadas, 14 tuvieron un trabajo de parto que culminó en un parto vaginal. Tres tuvieron un trabajo de parto, el cual culminó con una cesárea, ya que se sospechó de un trabajo de parto prolongado, a su vez, a tres más se les indicó una cesárea de urgencia: una por sospecha de oligohidramnios más adinamia fetal, una por probable taquicardia fetal y la última por probable preclamsia. Una mujer fue programada para cesárea debido a la posición del feto

(nalgas), mencionó haber sido referida por su médico del centro de salud con una partera para solucionar la posición del bebé y que pudiera nacer por vía vaginal, sin embargo, durante el consenso con la pareja, ella desistió de acudir a consulta.

De las mujeres entrevistadas 15 señalaron el trabajo de parto como una sensación dolorosa, la describían como muy doloroso, dolor en la “panza”, sensación de que el vientre se ponía duro, piquetitos en la espalda, como cólico menstrual, dolor de cintura, sensación dolorosa en la vagina, sensaciones dolorosas que iban aumentando gradualmente y percibieron que se combinaban los lugares donde se presentaba el dolor, una de ellas incluso mencionó no quería recordar la experiencia.

Una de las mujeres de parto normal acudió a una matrona de su comunidad para que hiciera una valoración debido a que no “creía” que ya fueran los dolores del parto y una más acudió al servicio de hospital debido a que mencionó se le estaba “pasando” el parto, también terminó el embarazo con un parto vaginal. Otra con espacio interginésico de 12 años mencionó que “no tomo bien el tiempo” y considero el trabajo de parto como “precipitado” ya que llegó en fase expulsiva al hospital y una más refirió haber sido orientada en técnica de respiración durante el trabajo de parto desde su primera valoración.

Siete mujeres expresaron que tuvieron un trabajo de parto en fase latente de aproximadamente seis a nueve horas, de 10 a 12 horas cuatro mujeres y una mujer mencionó sentir dolor por tres días; tres mujeres que terminaron su embarazo en cesárea, ya que tuvieron un trabajo de parto de dos a tres días sin avance alguno, como enseguida lo narran:

...fue doloroso pero... no avanzó y pues me hicieron la cesárea... ya tenía tres días y... ayer cuando ya había pasado, las contracciones seguían ya... no pude, el doctor me dijo que pasaría a cesárea (E-6).

... tuve dolores... venía... alta de la presión, pues no pudo nacer normal... Los doctores me pasaron rápido a urgencias y me dijeron que iba a ser cesárea (E-11).

... dolor de cintura... a la una de la mañana... me paré a hacer lo que todavía tenía que hacer... dejarles algo de comer a mis niños... preparar mis cosas... cuando ya fue más fuerte, es cuando ya me vine... me revisaron... me hicieron el tacto... me atendieron rápido... después de

que los dolores fuertes y... tenía ganas de hacer del baño pues era, para ser el parto (E-19).

La Secretaria de Salud 2014 menciona que las mujeres que no estén en fase activa de trabajo de parto, no sean hospitalizadas para evitar intervenciones innecesarias, el profesional de salud deberá explicar de manera clara y sencilla a la paciente y a su acompañante cuándo deberá regresar al servicio, así como los signos de alarma (Secretaria de Salud, 2014: 4).

Estudios demuestran que la inducción electiva puede tener malos resultados, ya que algunos bebés son inducidos accidentalmente antes de que lleguen a término, debido a que las fechas para calcular no son exactas, pues para estimar la edad gestacional por ultrasonido tiene un margen de error de dos semanas, el ultrasonido que se usa en las primeras 20 semanas de embarazo puede pronosticar la fecha de término con un margen de error de 7 días. Los ultrasonidos de la semana 20-30 tienen un margen de error de 14 días y los ultrasonidos de las últimas 10 semanas tienen un margen de error de 21 días. Inducir el parto casi duplica las posibilidades de que una mujer tenga cirugía de cesárea (Lamaze Internacional, 2003: 3).

Estudios en otros países demuestran que la concepción de humanización en los profesionales de la salud que intervienen durante el parto es crucial para la calidad de atención del profesional, teniendo como única barrera al médico para brindar un cuidado humanizado (Claro, et al., 2005:7).

Maroto en su estudio realizado acerca de las expectativas que tienen los hombres con respecto a la atención que se brinda en sus parejas menciona que existe una superioridad de la clase médica con la atención al embarazo, como con las prácticas perinatales en los hospitales, que no sólo les deja fuera, sino que impiden el protagonismo de las propias mujeres (Maroto, 2009: 271).

Farkas y cols., encuentra en su estudio de adolescentes embarazadas que una de las principales preocupaciones frente al proceso de parto es el dolor físico que se sentirá antes y durante el parto, y cómo manejarlo. Otra inquietud manifiesta es lo referente a la pérdida del control de la situación, que se relaciona con que otros

se hagan cargo, y no uno mismo; que se asocia a sentimientos de impotencia y la pérdida del poder controlar la situación (Farkas, et al., 2008: 5).

La mayoría de las pacientes pueden recordar que se les hizo mención de los signos de alarma y aquellas que presentaron alguno durante el trabajo de parto acudieron inmediatamente a la unidad de salud, sin embargo, ocho de ellas fueron cesáreas, de las cuales cinco acudieron con trabajo de parto latente, pero por aparente justificación médica se les realizó cesárea, tres mujeres acudieron porque la fecha probable de parto estaba “pasando” sin trabajo de parto, por lo cual se les indicó cesárea, de las ocho mujeres seis estuvieron inconformes por la cesárea, ya que no se les explicó oportunamente la causa de la misma y el 99% de las entrevistadas tenían la expectativa de un parto normal.

De las 13 mujeres que tuvieron un parto vaginal 12 refirieron reconocer su trabajo de parto por el “dolor”, una de ellas presentó ruptura prematura de membranas y una vez dentro de la institución se le indujo el trabajo de parto, las contracciones se percibieron diferentes y sólo una de ellas refirió sentir miedo por las contracciones.

Dos mujeres narraron haber sido “ayudadas” para el trabajo de parto y tres de ellas mencionaron acudir al hospital porque se les estaba “pasando” la fecha de parto, sin embargo, como ya se mencionó, tienen mayor probabilidad de presentar alguna complicación si el trabajo de parto es inducido.

La percepción del trabajo de parto tanto para la mujer como para el profesional es un factor sumamente importante, sobre todo para el profesional, hoy en día existe una fuerte suma de estudios acerca de la humanización del parto, que si bien es el cumplimiento de la Guía de Práctica Clínica 2014 de vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo que establece la Secretaría de Salud y la Norma Oficial Mexicana 007-1993, las mujeres que refirieron sensación de dolor en el parto también tuvieron miedo, aun cuando sólo tres mujeres tenían por primera vez esta experiencia, que la consideraron traumática debido a que habían sido poco orientadas acerca de la serie de reacciones que experimentarían durante esta etapa y el miedo inminente de que apuestan la vida por el bebé.

Las mujeres que ya habían experimentado un trabajo de parto previo tuvieron mayor poder de decisión con respecto a: cuándo acudir al hospital, reconocimiento del trabajo de parto en fase activa y tuvieron menos consultas en hospital para ser evaluado el avance del trabajo de parto, en comparación con aquellas mujeres que por primera vez experimentaban un trabajo de parto, en donde al menos de las ocho cesáreas cinco eran primigestas y se podría pensar que sintieron mayor temor ante el dolor físico que presentaban, lo que pudo causar un mayor número de revisiones, quizá por la falta de reconocimiento del trabajo de parto, además de haber perdido el control de la situación al ser remitidas a una cesárea. Ninguna mujer manifestó haber sido acompañada por una persona elegida por ella, durante una revisión, tampoco para el nacimiento del bebé.

b) Satisfacción de atención durante el trabajo de parto

Del total de entrevistadas, 12 señalaron la atención del personal que les atendió durante el trabajo de parto como buena, ya que refirieron haberse sentido bien tratadas, orientadas y con un tiempo de atención considerable, lo cual hizo que mencionaran estar contentas con la atención, sentirse en confianza y ser objeto de preocupación y cuidado por el equipo de salud. Tres mujeres refirieron que durante el trabajo de parto se les brindó información acerca de la técnica de respiración durante el trabajo de parto. Una mujer expresó haber sentido pena durante una revisión, en donde menciona que había muchos médicos y se sintió observada, por otro lado, una mujer manifestó haber tenido una situación similar, a pesar de ello, dijo no haber sentido pena, sino mayor confianza, pues hay más opiniones. Una mujer comentó que la atención era buena, debido a que en esta ocasión no la regañaron. Dos mujeres refirieron satisfacción en la atención del trabajo de parto pero no explicaron las razones.

Una mujer estuvo inconforme con la atención durante el trabajo de parto, toda vez que tenía la expectativa de un parto normal, narró que presentó mucha ansiedad por el trabajo de parto en fase latente, compartió que acudió a tres instituciones diferentes para ser valorada, por ello menciona que dos médicos le dijeron que podría y debería ser un parto normal, sin embargo, fue un probable trabajo de parto prolongado y se agregó una bradicardia fetal, pues refiere que la médica

que la atendió se lo mencionó y a la brevedad la llevaron al quirófano para practicarle una cesárea.

Dos mujeres más que concluyeron el embarazo por medio de una cesárea refirieron sentir mucho miedo ante el procedimiento que se les realizaría y cinco mujeres calificaron como buena la atención del trabajo de parto, aunque fueron cesáreas, pero describieron que para ellas equivalía la atención previa a entrar al quirófano como atención al trabajo de parto, como a continuación lo señalan:

Pues me siento bien, bien y contenta porque me atendieron bien y rápido... (E-5).

... venía con esas ganas de tener un parto normal, no venía con la idea de cesárea, pero pues ya siendo así, la vida de nuestro bebé o la de los dos... (E-11).

Durante la fase activa del trabajo de parto se deben disipar miedos y dudas, infundir seguridad, proporcionar una información amplia y detallada, atender el bienestar físico y emocional, estar disponible, mostrar comprensión, apoyo y respeto, procurar intimidad. Todo ello contribuye de manera decisiva a la satisfacción de la experiencia del parto. Procurar el acompañamiento psicoafectivo ya sea del personal hospitalario, extra hospitalario y un familiar, si fuera posible. No existe justificación para la restricción de líquidos durante el trabajo de parto (Secretaría de Salud, 2014: 5-6)

Aunque los porcentajes de satisfacción son altos una entrevistada refirió haberse sentido observada y haber tenido pena en ese momento, hace falta por parte de los profesionales evitar este tipo de comportamiento para resguardar la integridad de las pacientes durante este periodo y que pueda ser vivido sin miedo a sentirse observada pues también es una parte muy importante de este proceso. Nieto y cols., menciona que el respeto a la intimidad y pudor a la mujer embarazada en la atención obstétrica, se obtiene como resultado del estudio que el 58% de las mujeres no les es proporcionado esta protección y por lo tanto el personal de enfermería no cumple con el respeto a este derecho del paciente (Nieto et. al 2011: 6).

Las mujeres manifestaron inconformidad ante la cesárea que se llevó a cabo debido a que tenían la expectativa de un parto normal, sin embargo no existió un

momento de atención para atender este proceso de duelo para aceptar la pérdida de esta expectativa que tenían en un inicio ante una situación que de alguna manera rebaza los deseos de la madre. Otro de los principales factores de esta inconformidad es la falta de información en un lenguaje comprensible para las pacientes acerca de lo que está sucediendo de manera oportuna, pues dos refirieron que se les brindó la información que justificaba el procedimiento hasta el puerperio y hasta ese momento tuvieron miedo de lo que ya había pasado pues estaba en riesgo la vida de ambos. Un último factor de inconformidad es que las mujeres presentan miedo ante esta nueva situación y el personal de salud no les explica lo que va acontecer más adelante para que la mujer no presente mucha ansiedad y miedo durante el procedimiento, una de ellas deseaba que le describieran el avance del procedimiento y el momento exacto del nacimiento del bebé, pues ese era su trabajo de parto y no lo percibía como tal.

c) Satisfacción de información durante el trabajo de parto

Durante la entrevista 16 mujeres refirieron haber sido informadas acerca del estado de salud de ellas y su bebé durante el trabajo de parto de las cuales dos mujeres expresaron sentirse satisfechas con la información que se les proporcionó, una refirió satisfacción de información sin más palabras pues llegó al hospital en periodo expulsivo y por ello justificó que la información haya sido poca; tres más refirieron no tener dudas durante el trabajo de parto por la información que les proporcionó; por otro lado, tres mujeres mencionaron que durante la valoración del trabajo de parto se les informó el avance del mismo y por último una mujer calificó como mala información durante el trabajo de parto (narro que nunca firmó ninguna autorización para que le realizaran episiotomía), además de haber sido informada cuando se efectuaba el procedimiento y cuatro más mencionaron haber estado satisfechas pero no explicaron sus razones.

Sólo dos usuarias de cesárea refirieron satisfacción de la información que se les brindó durante el procedimiento, cuatro más manifestaron su inconformidad con la información que se les brindó antes y durante el procedimiento ya que fue muy escasa y por su parte una de ellas refirió no haber estado convencida de la justificación de la cesárea.

Dos mujeres manifestaron haber sido “ayudadas” con medicamentos para el trabajo de parto sin embargo, sólo una concluyó el embarazo con un parto vaginal y la otra con una cesárea, como lo mencionan:

... no supe que paso, porque fue tan rápido (E-13).

... me dijeron que él bebé estaba bien, se movía bien, latía bien su corazón... cuando yo sintiera el dolor iba a avisar si eran dolores más fuertes y así (E-16).

La episiotomía: su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer, sin embargo durante las entrevistas a cuatro mujeres que se les realizó episiotomía ninguna refirió haber sido informadas en su momento (Secretaría de Salud, 1993: apartado 5.4.1.8). La episiotomía individualizada frente a la rutinaria favorece el número de pacientes con perineo intacto, disminuye la necesidad de reparación y sutura perineal, así como el número de mujeres con dolor a su egreso. La episiotomía debe realizarse si hay necesidad clínica, como un parto instrumental o ante un periné corto y/o rígido (Secretaría de Salud, 2014: 12).

De las dos pacientes con inducción del trabajo de parto, una paciente tuvo complicaciones y se optó por cesárea, y la segunda paciente culminó con un parto vaginal, sin complicaciones.

La información que se les brinda a las mujeres durante esta etapa no cumple las expectativas de la mayoría de las usuarias, en base a lo anterior se debe proporcionar información como: avance del trabajo de parto, estado del bebé y estado de ellas, signos y síntomas de alarma durante el trabajo de parto, reconocimiento del trabajo de parto en fase activa, derechos de la mujer y del feto durante el trabajo de parto, además de que mucha de esta información debería ser proporcionada desde la consulta prenatal con especial énfasis ya que ésta información evita revisiones innecesarias en las mujeres y presentan menor ansiedad, ya que han sido informadas de los cambios que trae este proceso que vive cada mujer de diferente manera, compartiendo con otras mujeres sus experiencias para así formar una expectativa de lo que vendrá antes de concluir el embarazo.

Las mujeres generan una expectativa de información para poder sentir seguridad ante esta situación, nueva para algunas y conocida para otras, sin embargo ningún integrante del equipo de salud les preguntó qué es lo que quieren saber ellas, se les brinda información que para el equipo de salud es relevante pero que quizá para las mujeres no lo es.

3) Puerperio

a) Percepción del puerperio

De las 21 mujeres entrevistadas seis refirieron sentirse bien durante el puerperio, tres sin ninguna molestia o malestar producto del parto o propio del puerperio, tres mujeres mencionaron tener dolor físico causado por la episiotomía además señalaron no poder caminar adecuadamente por el dolor, dolor al ir al baño y al sentarse, también de no poder reír, pues era causa de dolor el esfuerzo que se hace; una señaló dolor general producto del trabajo de parto y parto, cuatro mujeres apuntaron dolor en la herida quirúrgica, que disminuía con los medicamentos que se les administraba y mencionaron molestias similares a las mujeres de espisiorrafia agregando dolor al recostarse e incorporarse, dos manifestaron preocupación una de ellas por la elección del método de planificación familiar definitivo y una condición no adecuada para que se realizara la intervención quirúrgica y la otra por haber dejado a cargo de una familiar a su hijo mayor; por ultimo una refirió malestar general por otra causa, como lo comparten a continuación:

... me cortaron cuando nació mi bebé... es lo que me duele ahorita... pregunte si me habían cortado y me dijeron que fue para ayudarme a que saliera él bebé (E-3).

... bien de que tengo a mi bebé, si tengo un poco de dolor pero pues al menos lo tengo en mis brazos (E-11).

“La programación de la visita posparto debería tener lugar dentro de la primer semana posterior al parto e incluir actividades dirigidas a la prevención de embarazos futuros no planeados, valoración de la lactancia, prevención de infecciones y vigilancia posnatal” (OMS, 2003: 29). La programación de la visita pos parto en mujeres con puerperio quirúrgico se realiza a los siete días después del parto pues se les refería al centro de salud para el retiro de puntos, sin embargo para las mujeres de puerperio fisiológico la consulta prenatal tiene más

tiempo de espera, algunas irían al centro de salud por un método anticonceptivo que se oferta en los mismos ya que no optaron por ningún método que ofertaba el hospital, otras asistirían a pláticas mensuales por el apoyo de un programa gubernamental y algunas más por las vacunas de los bebés. También se debería de dar un seguimiento a las mujeres en puerperio para poder resolver dudas que se susciten durante este periodo.

Estudios de otros países demuestran que las mujeres que tienen contacto piel a piel después del parto y el contacto temprano con el infante durante la primera hora después del parto ejercen efectos de protección para ambos, madre e hijo e incluso es un factor condicionante de un estado de felicidad para la madre, también propone implementar una nueva forma de atención médica: que deje el mecanicismo del enfoque biomédico para pasar a la integralidad de una medicina social. Realizar acciones de promoción de una perspectiva humanística del proceso perinatal que integre no solo a la madre y al nuevo ser sino también involucre a todos los miembros de la familia (Contreras et al, 2012: 6). Todas las mujeres mostraron estar felices por tener a sus bebés sanos y con ellas, actitud que se podía notar cuando se les preguntaba ¿Cómo se encontraban? Y habría que proporcionar mayores factores que condicionaran esta felicidad para que la mujer pudiera recordar el final del embarazo y parto como una experiencia agradable y así procurar un vínculo afectivo sólido entre madre e hijo.

b) Satisfacción de atención durante el puerperio

Del total de entrevistadas, 17 expresaron estar satisfechas con la atención que se les brindó durante el puerperio, pues señalan que el personal de salud las visitaba constantemente con respeto y amabilidad, les brindaban orientación para cuidar al recién nacido, se les brindaban cuidados y atención con un buen trato implícito, esto les proporcionaba tranquilidad a algunas mujeres, dos más mencionaron que la atención era buena sin embargo nadie les había explicado porque no las habían dado de alta, por ello calificaron la atención como regular, por último dos mujeres primigestas de puerperio fisiológico indicaron que se recibieron comentarios y actitudes por parte del profesional de salud con respecto a la lactancia materna cuyas consecuencias radicaron en un “sentirse mal” por no poder brindar una lactancia materna exitosa, como lo narran:

... me siento mal porque me dicen que no quiero darle de comer a mi bebé pero yo sí quiero darle, pero no se despierta (E-3).

... las enfermeras atienden muy bien... vienen a checarme... (E-15).

Se debe favorecer la deambulaci3n, alimentaci3n normal e hidrataci3n, e informar a la paciente sobre signos y sntomas de complicaci3n durante el puerperio, a todas las entrevistadas se les observo deambulando en alg3n momento pero ninguna supo mencionar los signos y sntomas de complicaci3n (Atenci3n de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del reci3n nacido, apartado 5.10, apartado 5.5.1.9).

Dos mujeres narraron sentirse mal por los comentarios de lactancia materna no mencionaron haber sido educadas en el centro de salud para realizar ejercicios de formaci3n del pez3n pero dominaban t3cnicas de amamantamiento a pesar de tener pez3n plano. Las dos mujeres que refirieron no haber sido informadas del porque no eran dadas de alta presentaban mayor ansiedad y preocupaci3n acerca de su salud coadyuvado por la falta de comunicaci3n con el personal que la trataba.

c) Satisfacci3n de informaci3n durante el puerperio

Durante la entrevista cinco mujeres sealaron que la informaci3n que se les proporciono fue la suficiente, tres mujeres pudieron resolver sus dudas con el personal de salud, cuatro apuntaron haber recibido informaci3n de lactancia materna, tres refirieron haber recibido informaci3n de planificaci3n familiar con especial 3nfasis en los m3todos de planificaci3n familiar que se ofertan en el hospital donde se realiz3 el estudio, dos mujeres mencionaron que la informaci3n fue buena ya que les fue 3til (tres mujeres expresaron haber recibido informaci3n verbal acerca de los cuidados del reci3n nacido sin embargo el hospital en donde se realiza el estudio brinda de manera escrita los cuidados del reci3n nacido as3 como los signos y sntomas de alarma) y dos mujeres mencionaron haber sido informadas de su estado general, pues una de ellas present3 preclamsia durante el trabajo de parto y la segunda fue informada para elegir un m3todo de planificaci3n familiar definitivo, informaci3n que le preocupo pues la informaci3n no fue suficiente para resolver sus dudas, por 3ltimo s3lo una mujer de puerperio

quirúrgico señaló haber recibido información acerca de los cuidados de la herida quirúrgica de manera verbal.

En general las usuarias apuntaron que la información fue suficiente durante el puerperio y que es repetida casi de manera unitaria entre uno y otro integrante del equipo de salud con respecto al cuidado de ellas y del recién nacido, sin embargo cuatro mujeres mencionaron la visita del personal del consultorio de lactancia materna lo cual hizo que compararan la información y el trato recibido de otros integrantes del equipo de salud, las mujeres refirieron mayor empatía y comprensión por parte del personal del consultorio de lactancia materna, como enseguida lo comparten:

Si... me dijeron cómo cuidarme para no tener hijos... yo quiero el implante pero como le estaré dando leche a mi bebé dicen que no se puede, entonces me cuidare con condón con mi esposo... (E-4).

... nos dan la información... los cuidados... para el recién nacido y de hecho también nos lo dieron por escrito... que luego suele suceder que nos dicen de un lado y se nos olvida después (E-8).

Actividades durante el puerperio inmediato: vigilar involución uterina, loquios, tensión arterial, cuidados del recién nacido, lactancia materna exclusiva, métodos de planificación familiar y cambios emocionales que puedan presentarse durante el posparto (Secretaría de Salud, 1993: apartado 5.5.1.9), una mujer eligió un método de planificación familiar definitivo pero las circunstancias postparto no lo permitían al momento, sino hasta un mes después, dos mujeres optaron por un método de planificación familiar diferente al que se ofrece durante el posparto inmediato, ambas refirieron usar condón con efectividad previa al embarazo, mismo método que usarían hasta que pudieran usar el método elegido, una de ellas mencionó que durante las consultas prenatales le informaron que dar lactancia materna también es un método de planificación familiar temporal.

Una mujer no eligió ningún método ofertado en el posparto y refirió que su marido debería de cuidarse mientras se pudiera colocar el método elegido como la Norma Oficial Mexicana 005 de Planificación Familiar enmarca en su apartado 5.5.2 a partir de la sexta semana, en el implante subdérmico; solo tres mujeres refirieron haber tenido una visita de la enfermera del consultorio de lactancia materna, servicio con el que cuenta en el hospital, durante su visita les brindó

información muy útil mencionaron. Ocho mujeres comentaron haber recibido la información suficiente para el cuidado de ellas y de su bebé.

En el Estado de México existe una Ley para la Protección, Apoyo y Promoción a la Lactancia Materna que en su Artículo I, menciona los objetivos de proteger, apoyar y promover la lactancia materna y las prácticas óptimas de alimentación de lactantes y niños pequeños, a fin de establecer condiciones para garantizar su salud, crecimiento y desarrollo integral, con base en el interés superior de la niñez, que es la prioridad que ha de otorgarse a los derechos de los lactantes y niños pequeños respecto de cualquier otro derecho (Ley para la Protección, Apoyo y Promoción a la Lactancia Materna, 2014: 1). Sin embargo no parece ser aplicada pues dos de las mujeres primigestas mencionaron que se les informó de las técnicas de lactancia materna, pero nunca se les valoró el tipo de pezón que tenían, debido a ello estas mujeres llegaron al término del embarazo con un pezón plano y esto no les permitió brindar una lactancia materna en la que ellas se sintieran satisfechas aunado a ello los comentarios un tanto despectivos de la situación por parte del personal de salud.

4) Parto en Casa

a) Razón de atención en hospital

Del total de entrevistadas 10 mujeres relacionaron la razón de su atención en hospital por el apoyo económico que representa atenderse en el hospital, tres mujeres mencionaron que “tenerlos en casa es un riesgo” y sólo una de ellas justificó su señalamiento por la herida de cesárea de su hijo mayor.

Tres mujeres señalaron sentirse más seguras en el hospital por los aparatos electro-médicos con los que cuenta la institución, el personal capacitado y el número de personal entre médicos y enfermeras. Dos mujeres refirieron haber tenido experiencias previas de parto en el mismo hospital, causa de la elección de atención al mismo. Dos mujeres acudieron al hospital por miedo ya que la fecha probable de parto se estaba “pasando”.

Dos mujeres relataron que “los médicos no quieren que te atiendas en la casa” motivo por el que las mujeres de estas comunidades descartan la oportunidad de

otro lugar. Una mujer cito que “no hay otra opción” ya que del centro de salud nos envían al hospital.

Una mujer tuvo la oportunidad de ser valorada por una matrona de su comunidad; sin embargo, cuando se le pregunto el por qué no se había atendido con ella, refirió que no era su intención hacerlo, solo quería saber si ya era su parto.

Una mujer narró haber tenido dificultades durante el primer parto debido a la distancia que existe entre el hospital y su casa, por lo que el primer bebé nació en un hospital particular; el 99% refirieron haber tenido algún inconveniente con el medio de transporte porque dependía del transporte público, el horario de servicio es de 6 de la mañana hasta las 8 de la noche, y encontrar transporte antes o después de esos horarios requiere un mayor costo económico que oscila entre los 70 hasta los 250 pesos, además de que el 100% refirió que se generan gastos adicionales por la comida, hospedaje y transporte de los familiares que les acompañan.

Del total de entrevistadas, 19 sabían del costo económico de un parto o cesárea en una institución particular, pues al realizarse esta pregunta todas consideraron otra opción de atención al parto es una institución privada por lo cual mencionaron en sus respuestas los presupuestos económicos que se necesitan para la atención en estas instituciones, como enseguida lo señalan:

Porque no hay de otra, en el centro de salud te mandan para acá... (E-1).

... aquí hay más aparatos con los que te pueden atender... en el particular es más carísimo, en cambio en un hospital general... ya no es tanto (E-6).

... uno no tiene recursos como para ir a un particular o para tenerlo en casa... no es tan recomendable... (E-20).

La Norma Oficial Mexicana 007 de la Secretaria de Salud en su apartado 5.4 atención al parto, menciona los procedimientos, intervenciones y atención que se debe brindar durante el parto, además deja en claro que es en una institución hospitalaria descartando con ello la atención fuera de ella así como las expectativas, costumbres y sistemas de apoyo que se podrían brindar a la mujer

durante este proceso de embarazo, parto y puerperio, haciendo de éste una emergencia médica en potencia (Meneses, 2010:4).

b) Parto en casa

De las entrevistadas nueve señalaron la posibilidad de atenderse en casa siempre y cuando el profesional que les brinde el servicio cuente con las siguientes características:

1. Estudios profesional
2. Medios suficientes para monitorear a la madre y al bebé
3. Valores como: respeto, honestidad, responsabilidad, etc.

Pues con estos requisitos las mujeres sentirían menos inseguridad y mayor confianza para vivir esta experiencia, consideraron que se podrían ahorrar los gastos de traslado al hospital, comida y hospedaje de los familiares que acompañan a la mujer durante este evento. La mayoría de las mujeres siente mayor confianza atenderse el parto en el hospital debido a los aparatos electro-médicos con los que disponen, el personal capacitado, como se mencionó anteriormente.

Tres mujeres dijeron no conocer a ninguna partera motivo por el cual no se atenderían en casa; por otro lado, cinco mujeres mencionaron que tendrían miedo, ya que consideran muy peligroso un parto en casa y por ello probablemente no se atenderían en casa. Una mujer refirió haberse atendido en el hospital a pesar de haber tenido miedo a que le hicieran una cesárea.

Dos mujeres mencionaron conocer a parteras y sólo una de las mujeres menciona que continuaba atendiendo partos a domicilio, la primera mujer expresó que la partera ya no recibe por la edad que tiene; sin embargo, aún pudo valorarla para decirle si estaba en trabajo de parto y la segunda entrevistada apuntó que no sabía cómo era un parto en casa pero su hermana se atendía en casa los partos además no había asistido durante esta experiencia familiar.

Dos mujeres comentaron que no se atenderían en casa ya que “para registrar al bebé es un problema, porque no tienes papeles y no lo quieren registrar”, este es

uno de los principales miedos de las mujeres y dos mujeres nunca habían pensado en esta opción de atención al parto.

Cinco mujeres manifestaron saber que sus mamás o abuelas se atendían los partos en casa, pero consideran que hoy en día los tiempos han cambiado y tener un parto en casa trae muchas dificultades para el registro del bebé, si se presentara alguna complicación con la madre o bebé es difícil que las reciban en el hospital, entre otras razones, consideran que los partos en casa se hicieron peligrosos cuando se llevaron éste proceso de la casa al hospital. Tres entrevistadas señalaron haber tenido contacto con el sistema médico tradicional de atención al parto; sin embargo, descartaron la opción de atenderse en éste ya que no saben cómo es la atención que se brinda, además de que refirieron que sentirían mayor ansiedad por la probable falta de equipo electro-médico para la monitorización del parto, como lo comparten:

... la mayoría se viene aquí... tenerlo en casa lo regañan en el hospital... no tienes quien te va ayudar... al momento que registres a tu bebé para el acta pues no te entregan nada... no conozco parteras que te atiendan en la casa... (E-1).

... de donde yo era originaria, si hay una señora... pues resulta que... atendió a una muchacha primeriza, se murió... y después se murió él bebé y pues por así decirlo no es nada seguro es mejor con un doctor. Si fuera una matrona de escuela... pues si porque tiene la capacidad y tiene los conocimientos (E-19).

... creo que... pues no sé cómo son partos normales en casa y pues bueno a menos ahorita aquí pues ya tuve la experiencia en el hospital... (E-21).

Guzmán gineco-obstetra adscrito al Hospital Civil Fray Antonio Alcalde de los Altos de Chiapas, menciona que las comadronas forman parte importante de los recursos humanos en salud que atienden a las mujeres. El México y otros países los recursos destinados a la atención materna están mal utilizados, pues la mayor parte de embarazadas son pacientes de riesgo normal, que pueden recibir atención de enfermeras o parteras en casa (González, 2007:8). De acuerdo con los lineamientos de la OMS, el personal reconocido para otorgar atención al embarazo, parto y al recién nacido son los médicos, las enfermeras obstetras y las parteras; no obstante en nuestro país no existen las condiciones para que las parteras lleven a la práctica sus conocimientos y experiencia (García y cols., 2012: 5).

Para las entrevistadas el parto en casa, pensar en esta nueva experiencia de atención les causa conflicto pues todas han tenido influencia de experiencias de familiares y amigos que se atienden en instituciones hospitalarias, y la mayoría ha tenido experiencias propias de atención en las mismas este es el primer factor por el cual eligen una institución hospitalaria para la atención al parto y el segundo factor es la falta de personal (parteras) en el lugar donde viven.

4.1.2 DISCUSIÓN GENERAL

La investigación realizada reveló que hace falta atender las expectativas que tienen las usuarias en el lapso del embarazo, parto y puerperio ya que la mayoría de éstas expectativas requieren de educación para la salud, pues será la educación una fuente de empoderamiento de las mujeres para vivir este proceso como una etapa más de la vida reproductiva, como mujeres y no como un evento médico con potencial de complicaciones.

Es la educación no sólo de las mujeres que pueden desarrollar alguna complicación durante esta etapa, pues se ha dado mayor prioridad a éstas situaciones, sin embargo se ha descuidado a aquellas que son de bajo riesgo, el producto de ello es que las mujeres no son educadas adecuadamente acerca del proceso que viven, sobre aquello que es normal y aquello que es una emergencia. Pues existen los medios necesarios para llevar a cabo esta educación, sin embargo existe una barrera cultural invisible, en donde las usuarias han dejado de sentirse identificadas con el profesional que actualmente les brinda atención, es por ello que se requiere de la formación de un profesional que sea capaz de atender las necesidades que se han hecho invisibles con el paso del tiempo, que visualice la atención sin hacer a un lado la cultura, la espiritualidad, las emociones... es decir una atención holística que generaría un alto impacto por la pronta identificación de las usuarias.

El sistema médico hegemónico ha dejado de ser funcional como lo mencionan otros autores nacionales y extranjeros, pues son los usuarios quienes buscan otras opciones de atención durante el embarazo y parto ya que requieren de individualidad, integridad e inclusión de la pareja y la familia, que en el sistema médico han pasado a un segundo término, incluso se podría decir que la propia mujer ha dejado de ser la protagonista de este proceso desde que ingresa a una institución hospitalaria.

Al finalizar el proceso de embarazo por parto o cesárea existe poca información acerca de las complicaciones que pueden presentarse durante el puerperio, además de que no existe un seguimiento integral del binomio madre-hijo para

puntualizar en métodos de planificación familiar y cuidados del neonato, lo anterior es un factor que determina el espacio intergénésico que presentaran las mujeres y que podrían prevenir complicaciones por espacios cortos, así como el tiempo de lactancia materna y en general los cuidados del neonato que serán fundamentales para su óptimo crecimiento y desarrollo.

Otro de los principales factores por las que las mujeres acuden a una institución hospitalaria es por el apoyo económico que representa, sin embargo un segundo factor es que el sistema médico ha obstaculizado el desarrollo adecuado del segundo modelo médico con el que cuenta México para la atención a esta etapa en la vida de una familia, que además de ser un recurso de bajo costo y alto impacto que contribuiría a paliar la mortalidad materno infantil del país así como el alto índice de cesáreas, pues como se mencionó anteriormente es la educación a las usuarias que brinda un profesional con el que se sientan identificadas y de esta forma lograr los objetivos.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La satisfacción que las mujeres experimentan durante el lapso del embarazo, parto y puerperio es muy considerable con respecto a la atención que se les brinda, sin embargo, esta atención forma sólo una pequeña parte de aquellas intervenciones que le competen al profesional de enfermería.

La mayoría de las mujeres califican como buena la vivencia que experimentan durante una consulta prenatal, aunque un 4.7% lo califican como malo y un porcentaje igual no emite juicio alguno, ya que no asistió a consultas prenatales. Con los datos antes mencionados se podría pensar que durante una consulta prenatal existen todas las condiciones de tiempo y espacio por parte del equipo de salud para brindar educación y promoción a la salud, sin embargo no es así, ya que el 76% de las mujeres mencionó que durante las consultas prenatales no hay una educación que ayude para la preparación del parto, resolución de dudas que existen ante esta nueva experiencia, quizá conocida para algunas entrevistadas pero siempre diferente, traumático para todas, no basta una atención con alto sentido humano durante las consultas prenatales, sino hace falta complementar esta atención con educación para la salud valiéndose de recursos económicos y propios de la comunidad como: grupos de ayuda mutua, de mujeres que han pasado recientemente por este proceso y que como son parte de la comunidad se guarda una identificación con otras mujeres que pasarán por este proceso.

Educación para el manejo del dolor físico que se sentirá durante el trabajo de parto y el parto, ya que esto contribuiría a que las mujeres reconozcan el trabajo de parto y así evitar valoraciones innecesarias, disminuir la preocupación de perder el control de esta nueva experiencia y que otros se hagan caro y no uno mismo, por consiguiente disminuiría los sentimientos de impotencia y frustración, ya que éste proceso es de suma importancia incluso para el vínculo madre-hijo.

También hace falta información acerca de los métodos de planificación familiar durante las consultas prenatales, ya que solo un 14.2% de las mujeres estudiadas eligieron un método posparto, y el 9.5% de las entrevistadas regresaría seis semanas después del parto para hacer uso de algún método de planificación

familiar y el resto no obtuvo la información suficiente para elegir un método de planificación familiar, mujeres que tienen mayor probabilidad de un embarazo de alto riesgo por el corto espacio intergénésico.

Durante el trabajo de parto y el parto las mujeres con o sin experiencia previa se observó que el 33.3% percibieron un trabajo de siete a nueve horas, un 19% de 10 a 12 horas, 14.2% de dos a tres días y un 4.7% de más de tres días, de los cuales el 66.6% concluyó con un parto vaginal, de las 21 entrevistadas el 33.3% fue remitida a cesárea, de la población tomada para este estudio se rebasa el porcentaje de cesáreas recomendadas en hospitales de segundo nivel según la Organización Mundial de la Salud y la Norma Oficial Mexicana. Del total de mujeres remitidas a cesárea el 28.7% indicaron estar inconformes por el procedimiento ya que la información proporcionada no alcanzó las expectativas que las mujeres requerían para justificarlo y se observó mayor ansiedad, temor e inconformidad por estas circunstancias.

Durante las entrevistas se observó que el 95.7% deseaba a un parto vaginal, solo el 76.1% contaba con experiencia de un parto anterior y en ellas se observó mayor poder de decisión y menores asistencia para valoración del trabajo de parto.

La información que requieren las mujeres durante el trabajo de parto es: saber si están en trabajo de parto, avance del trabajo de parto, estado del feto y de la madre, signos y síntomas de alarma durante el trabajo de parto; ya que de esta información dependerá la actitud de seguridad ante el trabajo de parto en fase activa.

Es durante el trabajo de parto la calidad de atención y educación que se recibe en este periodo es importante permitir el protagonismo de la mujer, la pareja si es el caso y la familia, ya que el sistema médico vigente lo limita, las redes de apoyo con las que debería contar en ese momento (pareja y familia).

El 47.6% de las mujeres acuden a una institución hospitalaria por el apoyo económico que representa. Con el paso del tiempo las mujeres han ido

modificando el concepto de seguridad, equivaliendo a este con el uso de aparatos electro médicos, nivel de estudios realizados por quienes les atienden y en algunas las experiencias previas, además de los juicios emitidos por personal del modelo médico vigente como; “tenerlos en casa es un riesgo” y los relatos de las entrevistadas, “los médicos no quieren que te atiendas en casa” y “no hay otra opción” que fueron repetidas por el 9.5% de las entrevistadas. Aunque la atención al parto es gratuita los gastos que generan el transporte a la institución hospitalaria, la comida y hospedaje, tanto de la paciente como de los familiares que le acompañan, además del desgaste psicológico por parte de la mujer ante la preocupación del cuidado de los hijos mayores, si es el caso.

La atención del parto en casa requiere de un profesional que genere confianza e identificación de las usuarias, con características como: estudios especializados, valores de: respeto, honestidad, responsabilidad, entre otros, además de contar con los medios necesarios para la valoración de la madre y del feto, cuyas características identifican al profesional de enfermería, capaz de atender las expectativas de las mujeres.

Uno de los principales objetivos del profesional es educar, brindando información necesaria para este proceso tan importante en la vida de cada ser humano e inherente a la mujer; sin embargo, el porcentaje de satisfacción e información no es representativo pues de los datos obtenidos de las entrevistadas no se atiende la demanda de información que las usuarias necesitan.

La formación del profesional de enfermería permite que la mayoría de la población usuaria se identifique con él, además de las habilidades, conocimientos, respeto a la cultura y creencias de la población a la que le brinda atención son sólo algunas características que permite que la presencia de este profesional en la comunidad tenga un mayor impacto.

La educación y promoción para la salud desde las comunidades permitiría dar paso al trabajo eficiente de las enfermeras comunitarias, ya que conocen de la comunidad su contexto, cultura, creencias y es parte de la comunidad y no por

ello deja de ser profesional, permite atender las expectativas de atención que la comunidad requiere.

Los objetivos para la disminución de la mortalidad materna están en la educación y promoción para la salud que no debe encasillarse al lapso del embarazo sino tener una visión prospectiva desde el inicio de la edad reproductiva. El modelo médico tradicional tiene un impacto positivo en materia de la salud; sin embargo, se ha coartado su participación en el sistema médico vigente.

Sembrar una cultura de feminidad y masculinidad que permita concientizar a las y los individuos en edad reproductiva el ejercicio responsable de su sexualidad, el autoconocimiento y el conocimiento de lo que pasa y pasará más adelante en el lapso del embarazo y el parto, permite un manejo específico de la situación, menor ansiedad y pérdida del control de la situación.

Desafortunadamente el sistema médico vigente ha cultivado una lógica colectiva con respecto a la enfermedad que es acudir a una institución de salud, solo se ha limitado al tratamiento y la cura de enfermedades; además de que esta atención requiere un lugar, un espacio y tiempo específico; producto de ello las usuarias han encontrado a estas características mencionadas como una limitante, una barrera para que se les brinde atención, y es poco funcional; este sistema no atiende las necesidades reales o de riesgo que padecen las comunidades, por ello existe una resistencia invisible de los usuarios. Uno de los principales objetivos de la atención en la comunidad debería centrarse en la educación para la salud desde el hogar de cada uno de las familias que pertenecen a la comunidad, esto nos proveería de información acerca del contexto y condición en la que se encuentran, además nos daría una pauta para establecer una relación horizontal con los usuarios y no una relación vertical que es característico del modelo médico vigente.

La presente propuesta de Especialidad en Partería Profesional se realiza en base a los altos índices de cesáreas que existen en nuestro país así como la alarmante mortalidad materna, que son problemas que pueden resolverse con educación para la salud, especializar a un profesional de la salud como es enfermería en

materia de salud sexual y reproductiva representaría ahorros a nivel nacional; la educación es la base para la prevención de un sinnúmero de problemas que representan gastos excesivos, pudiendo “ahorrar” realizando una inversión a corto plazo y obtener resultados casi inmediatos con la especialización del profesional de enfermería en esta materia, no solo de interés nacional sino de interés internacional.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Bibliográficas

Adamson, P., y Glen, W., en colaboración con UNICEF, OMS y la UNESCO, título original Factsforlife. Adaptación al español Camacho Solís Rafael y Muñoz Cota (1990). Con la participación de Instituciones Nacionales de Salud y UNICEF México. Para la vida. Un reto de comunicación. Secretaria de salud. México.

Ahued, J.R., Fernández, C., y Bailón, R., (2003). Ginecología y obstetricia aplicadas. México D.F. Editorial Manual Moderno.

Albarrán, M. y Escobar, G., (2009). Metodología de la investigación: el conocimiento, la ciencia y el proceso de la investigación. México. Editorial Patria.

Álvarez, J.L., (2009). Como hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. México. Editorial Paidós de Ecuador.

Bernal, C. A., (2010). Metodología de la investigación. México. Editorial Pearson Educación de Colombia.

Botero, J., Jubiz, A., y Heano, G., (2004). Texto integrado. *Obstetricia y Ginecología*. Séptima edición. Colombia. Editorial Manual Moderno.

Cabero, L., (2005). Aspectos médico-legales en la asistencia al parto. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana, S.A.

Cascajares, L., Chavero, E., De Lachica, V., Larios, E., y Ruelas, G., (1974). *Compendio de Anatomía, Fisiología e Higiene*. Sexta edición. México. Editorial Eclalsa.

Castelo, C., (2005). Sexualidad humana, una aproximación integral. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana.

Cloherty, J., Eichenwald, E. y Stark, A., (2005). Manual de cuidados neonatales. Barcelona, España. Editorial MASSON S.A.

Delval, J., (2012). El desarrollo humano. México. Editorial Siglo Veintiuno.

Edmonds, K., (2009). Ginecología y obstetricia se Dewhurst. Mexico. Editorial McGraw-Hill.

Observatorio de Mortalidad Materna en México 2012., Mortalidad materna en México. Numeralia 2011, México.

Escobar, P., Espinosa, E., y Nono, M., (2001). Tratado de pediatría. México. Editorial Manual Moderno.

Frías, C., (2002). Guía para estimular el desarrollo infantil de los 45 días al primer año. México. Editorial Trillas.

- Galindo, A., (2009). Las mentiras del sexo. Claves para una sexualidad sin tabúes ni culpas. Barcelona, España. Editorial Kairós S.A.
- Gally, E., (1984). Manual práctico para parteras: embarazo, parto, cuidado del recién nacido y planificación familiar. México. Editorial Pax México.
- Hernández, R., (2010). Metodología de la investigación. Perú. Editorial McGraw-Hill.
- Johnson, Y., (2011). Enfermería materno-infantil. México Distrito Federal. Editorial Manual Moderno.
- Klein, S., (2000). Un libro para parteras. México. Editorial Pax México.
- Klein, M., (2006). Masaje para bebés. Barcelona, España. Editorial Scyla Editores, S.A.
- Malinowski, J.S., Burdin, C.P., Lederman, R.P., y Williams, P.S., (1982). El parto: papel de la enfermera. México. Editorial Interamericana.
- Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L., y Sosa, C., (2011). El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis. México. Editorial Trillas.
- McCary, J.L., (2000). Sexualidad humana de McCary. México Distrito Federal. Editorial Manual Moderno.
- Perinat, A. y col. (2010). Psicología del desarrollo: un enfoque sistémico. Barcelona, España. Editorial UOC.
- Ramírez, F., (2002). Obstetricia para la enfermera profesional. México Distrito Federal. Editorial Manual Moderno.
- Reece, A., y Hobbins, J., (2010) *Obstetricia clínica*. Tercera edición. México. Editorial Panamericana.
- Rodríguez, R., (2012). Manual de neonatología. México. Editorial Mc Graw Hill.
- Reyes, H. y Martínez, A., (2011). Lactancia humana, bases para lograr su éxito. México. Editorial Médica Panamericana.
- Santrock, J., (2006). Psicología del desarrollo. El ciclo vital. Madrid, España. Editorial McGraw-Hill/Interamericana de España S.A.U.
- Schwarz, R., (2003). Obstetricia. *Modificaciones de la anatomía y fisiología materna producidas por el embarazo*. Buenos Aires, Argentina. Editorial El Ateneo.
- Stassen, K., (2008). Psicología del Desarrollo, Adultez y Vejez. México. Editorial Médica Panamericana.

Varney, H., Krieps, J., y Gegor, C., (2006). Partería profesional. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Wilber, K., (2005). Sexo, Ecología y espiritualidad. Madrid, España. Editorial GAIA.

Mesográficas

Alcolea y Mohamed, (2012). *Guía de cuidados en el embarazo. Consejos de su matrona*. Hospital Universitario de Ceuta, España, Instituto Nacional de Gestión. [Online] México, disponible en: <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidados-embarazo.pdf> [Consultado el 12 de noviembre de 2014].

Asociación de suport a la lactancia materna, (2008). *Extracción y almacenamiento de la leche materna*. España, Mamare Castelló, Asociación de suport a la lactancia materna. [Online] México, disponible en: <http://www.mamare.es/TALLERES/extraccioN.pdf> [Consultado el 07 de julio de 2014].

Cabañas, Longoni, Corominas, Sarobe, Yurrebaso y Aguirrezábal, (2009). *"Obstetricia y ginecología"*. En Kurjak, A. y F. Chervenak. *Ecografía en Obstetricia y Ginecología*. Argentina. [Online] México, disponible en: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP09.pdf> [Consultado el 05 de marzo de 2015]

Castro, (2014). *"Violación de los derechos de las mujeres en las instituciones de salud"* en periódico SIPSE. Domingo 26 de enero de 2014 [Online] México, disponible en <http://sipse.com/mexico/abusos-mujeres-parto-mexico-72597.html> [Consultado el 28 de mayo de 2015].

Claro y Clapis, (2005). *"Humanización del parto según enfermeras obstetras involucradas con la atención al parto"* en revista Latino-América de Enfermagen, [Online]. Sao Paulo, Brasil, disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421850007> [Consultado el 14 de abril de 2015].

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, (2010). *Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud*. [Online] México, DF, disponible en: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf [Consultado el 20 de octubre de 2014].

Contreras, Mori, Lam, Quino Espinoza, Yancachajlla e Hinostroza, (2012). *"Felicidad en mujeres puérperas: estudio multicéntrico en Lima Metropolitana y Callao"* en Revista Peruana de Epidemiología, Vol. 16 No. 1 Abril 2012 [Online] México, disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v16_n1/pdf/a05v16n1.pdf [Consultado el 11 de noviembre de 2014].

Escuela de Salud (2014). *Puerperio y atención del recién nacido en puerperio*. Chile. [Online] México, disponible en: http://biblioteca.duoc.cl/bdigital/Documentos_Digitales/600/610/39655.pdf [Consultado el día 20 de junio de 2014]

Farai, (1958). “*Método psicofiláctico del parto sin dolor*”. Revista médica de Honduras. V.26, No. 3. [Online] México, disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/RMH/pdf/1958/pdf/Vol26-3-1958-2.pdf> [Consultado el 29 de mayo de 2014].

Fargas, (1910). *Tratado de Ginecología*. Barcelona. [Online] México, disponible en: http://bvpb.mcu.es/es/catalogo_imagenes/imagen.cmd?path=16583&posicion=1 [Consultado el 10 de noviembre de 2014]

Farkas y Santelices, (2008). “*Estudio de las preocupaciones asociadas al embarazo en un grupo de embarazadas primigestas chilenas*” en Revista SUMA Psicológica UST. Vol. 5, No.1. 2008. [Online] México. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2683126.pdf> [Consultado el 03 de enero de 2015].

Federación de enseñanza de CC.OO de Andalucía, (2011). “*Temas para la educación, los celos infantiles*” en *Revista digital para profesionales de la enseñanza*. Marzo de 2011, Numero 13. [Online] México, disponible en: <http://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd8317.pdf> [Consultado el 22 de mayo de 2015].

Feinholz-Klip, D., (2001). “*Consecuencias psicosociales en lo(a) s, hijo(a) s, producto de un embarazo no previsto: una mirada transcultural*” en *revista de Perinatología de la reproducción humana* Vol. 15 No. 1; enero-marzo 2001. [Online] México, disponible en: <http://www.inper.mx/descargas/pdf/Pr011-06.pdf> [Consultado en 20 de noviembre de 2014].

Figuroa, (2007). “*Programa de ejercicios: parto psicofiláctico*”. Venezuela. [Online] México, disponible en: <http://www.efisioterapia.net/articulos/programa-ejercicios-parto-psicofilactico> [Consultado el 29 de mayo de 2014].

Flores, (2006). Placenta y anexos. [Online] México, disponible en: http://files.uladech.edu.pe/docente/25558907/EMBRIOLOGIA_HUMANA/SESION_06/PLACENTA_Y_MEMBRANAS_FETALES.pdf [Consultado el 16 de marzo de 2016].

Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas, UNICEF, (2006). *Extracción de leche materna cuando la madre trabaja separada de su niño*. Universidad Católica de Chile. [Online] México, disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod05/Mod%205%20extraccion%20leche.pdf> [Consultado el 07 de julio de 2014].

García, Moncayo y Sánchez, (2012). “*El parto en México, reflexiones para su atención integral*” en revista *Ide@s CONCYTEG*, [Online] México, disponible

en:http://concyteg.gob.mx/ideasConcyteg/Archivos/84_4_GARCIA_VAZQUEZ_ET_AL.pdf [Consultado el 20 de octubre de 2014].

González, (2007). "Partos naturales en manos amigas" en *periódico La gaceta*, 30 julio de 2007, A3.

González, Huespe y Auchter, (2008). "*Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso*" en Revista de Posgrado de la VI cátedra de medicina. No. 177, enero. [Online] Argentina, disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista177/1_177.pdf [Consultado el 26 noviembre de 2014].

Gutiérrez, Copens, Herteleer, Sánchez y Enriquez, (2008). *Embarazo sus momentos y sus cuidados Fascículo 2*. [Online] México, disponible en: http://www.saluddealtura.com/fileadmin/PDF/INFORMACION_FAMILIA/2_EMBARAZOred1a.pdf [Consultado el 11 de noviembre de 2014].

Guazo, (2014). Dirección General de Promoción de la Salud. Promoción de la salud, Centro de noticias [Online] México, disponible en: <http://www.promocion.salud.gob.mx/cdn/?p=8487>. [Consultado el 26 de enero de 2015].

Helander, Mendis, Nelson y Geordt, (1989). *Ejercicios de estimulación temprana*. [Online] México, disponible en: www.desarrolloinfantiltiemprano.mx [Consultado el día 8 de julio de 2015].

Jain, Obare, RamaRao y Askew, (2010). "Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva". *Reducción de las necesidades no satisfechas a través del apoyo a mujeres con necesidades satisfechas*. Número especial (Junio 2014). [Online] México, disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/4002414S.pdf> [Consultado el 08 de diciembre de 2014].

Lamaze Internacional, (2003). "Prácticas para un Parto Saludable" por Amis [En línea] Estados Unidos. Disponible en: www.lamazeinternational.org/d/do/237 [Consultado el 06 de Septiembre de 2015].

Lamaze Internacional, (2009). "El parto que deseas, natural, seguro y pleno" en revista Lamaze: Embarazo, nacimiento y mucho más, [Online] Estados Unidos, disponible en: <http://www.yumpu.com/es/document/view/14408595/revista-lamaze-embarazo-nacimiento-y-mucho-mas-2009-pdf/3> [Consultado el 24 de marzo de 2015].

Langer, (2002). *El embarazo no deseado; impacto sobre la salud y la sociedad en América Latine y el caribe* en Revista Panamericana de Salud Pública. [Online] Vol.11. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf> [Consultado el 20 de noviembre de 2014].

Langer, (2003). "*El embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México*" en Gaceta Médica de México. [Online] Vol. 23. Julio-Agosto

2003, Academia Nacional de Medicina de México A.C., disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gms031b.pdf> [Consultado el 20 de noviembre de 2014].

Lascano, Schiavon, Uribe, Suárez, Luna y Ulloa, (2013). “*Cobertura del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna*” en Instituto Nacional de Salud Pública, [Online] México, disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002854> [Consultado el 2 de mayo de 2015].

Liebert, (2010). “Medicina de la lactancia materna”. *Almacenamiento de la leche humana. Información para el uso casero en bebés a término*. Estados Unidos, V. 5, No. 3 (Marzo 2010). [Online] México, disponible en: http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol%208%20-%20Spanish_USE.pdf [Consultado el 07 de julio de 2014].

LVIII Legislatura del Estado de México, (2014). *Ley para la Protección, Apoyo y Promoción a la Lactancia Materna del Estado de México*. [Online] México, disponible en: <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/ley/vig/leyvig218.pdf> [Consultado el 27 de mayo de 2015].

Maroto, Castaño, García, Hidalgo y Mateo, (2009). “*Paternidad y servicio de salud. Estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas (*)*” En Revista Española de Salud Pública [Online] Vol. 02, Marzo-Abril 2009. México. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol83/vol83_2/RS832C_267.pdf [Consultado el 03 de enero de 2016].

Martínez, (2012). “*Guía para la extracción y conservación de leche materna*”. Maternidad continuum. [Online] México, disponible en: <http://www.maternidadcontinuum.com/wp-content/uploads/2012/02/MCONTINUUM-EXTRACCION-Y-CONSERVACION-LECHE-MATERNA.pdf> [Consultado el 7 de julio de 2014].

Meneses, Torres, Páez, Narváez, Cárdenas, Farías, Marín y Tovar, (2010). “*Argumentos de mujeres atendidas en su parto y nacimiento de sus bebés por parteras*” en Revista Colombiana de Enfermería [Online] Vol. 5 Año 5. México. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen5/argumentos_mujeres_atendidas_parto_nacimiento_bebes_por_parteras.pdf [Consultado el 04 de Enero de 2016].

Mundo BBC, (2012). *El impacto de la legalización del aborto en México* en revista Mundo BBC, [Online] 18 de diciembre de 2012 México, disponible en: http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2012/12/121217_aborto_impacto_legalizacion_mexico_men [Consultado el 29 de enero de 2015].

Mural, Stigliano, Borello, García, Marrone, Rossi, Verger y Toronchik, (2009). *Guía de procedimientos en Ginecología 2009*. [Online] México, disponible en: <http://www.colmed3.org.ar/frp/ginecologia.pdf> [Consultado el día 05 de marzo de 2015].

Nieto, Romero, Córdoba y Campos, (2011). “*Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería*” en Revista CONAMED Vol. 16 [Online] México. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA_OCT-DIC_2011_supl.pdf [Consultado el 23 de Septiembre de 2015].

Ochoa, (2010). Manual para la extracción, conservación, transporte y suministro de leche materna. *Para mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia, agentes de salud y comunitarios*. Ministerio de la protección social de la Republica de Colombia. [Online] México, disponible en: http://huila.gov.co/documentos/2012/Salud/ManualLactancia_2010_lito.pdf [Consultado el 07 de julio de 2014].

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, (1985). “*Tecnologías de parto apropiadas*”. [Online] México, disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2009/11/Recomendaciones-OMS-sobre-el-parto.pdf> [Consultado el 19 de noviembre de 2014].

Organización Mundial de la Salud, (1993). Consejería en lactancia materna: curso de capacitación. [Online] México, disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_participants_manual_es.pdf [Consultado el 29 de enero de 2015].

Organización Mundial de la Salud (2003). “*Ensayo clínico aleatorio de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal*” [Online] México, disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RHR_01_30/es/ [Consultado el 06 de Septiembre de 2015].

Organización Mundial de la Salud. 2005. “Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Bando Mundial” [Online] Mexico, disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43849/1/9789243596211_spa.pdf [Consultado el 18 de octubre de 2014].

Organización Mundial de la Salud, (2013). *Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Hong Kong SAR, China. [Online] México, disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf> [Consultado el 14 de octubre de 2014].

Organización Mundial de la Salud, (2013). *Pinzamiento tardía del cordón umbilical para reducir la anemia en lactantes*. Estados Unidos, Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). [Online] México, disponible en: [http://reprolineplus.org/system/files/resources/PPH%20Briefer%20\(DCC\)%20-%20Spanish.pdf](http://reprolineplus.org/system/files/resources/PPH%20Briefer%20(DCC)%20-%20Spanish.pdf) [Consultado el 23 de marzo de 2015].

Organización Mundial de la Salud, (2014). *Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto*. Washington DC., [Online] México, disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112766/1/9789243506494_spa.pdf?ua=1 [Consultado el 08 de diciembre de 2014].

Organización Mundial de la Salud, (2014). *Estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre Medicina Tradicional y Complementaria 2014-2023*. [Online] México, disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf> [Consultado el día 14 de octubre de 2014].

Organización Mundial de la salud, (2015). *Infecciones de transmisión sexual*. [Online] México, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/> [Consultado el 23 de marzo de 2015].

Organización Mundial de la Salud, (2015). “Métodos para el alumbramiento de la placenta durante la cesárea” en Biblioteca de salud reproductiva. [Online] México, disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004737_goonewardenem_com/es/ [Consultado el 27 de mayo de 2015].

Organización Mundial de la Salud, (2015). “Mortalidad Materna” en Biblioteca de salud reproductiva. [Online] México, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> [Consultado el 2 de mayo de 2015].

Organización de las Naciones Unidas, 2013. “Portal de la labor del sistema de Naciones Unidas sobre los objetivos de Desarrollo del Milenio. Objetivo 5: Mejorar la Salud materna”. [Online] México, disponible en <<http://bit.ly/pQDL3F>> [Consultado el 16 de Octubre de 2015]

Parra, Quiroz, Schepeler, Calvo, Pérez, Díaz y Pasten, (2005). “*Evaluación gráfica del partograma en primigestas con manejo médico del trabajo de parto*” en *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* Vol.70, No.1. [Online] México, disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000100003&lng=es&nrm=iso [Consultado 23 de abril de 2015].

Pujadas, Oviedo, Montero y Pineda (2011). “Humanización del parto en la medicina de excelencia” en revista electrónica MEDI SUR, [Online] Cienfuegos, Cuba, disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180022344014> [Consultado el 14 de abril de 2015].

Ralph y Carvajal (2012). *Manual de Obstetricia y Ginecología*. [Online] México, disponible en: medicina.uc.cl/docman/doc-view/920 [Consultado el 05 de marzo de 2015].

Rivera Montiel A., (2008). *Obstetricia I “Maniobras de Leopold”* en Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México.

[Online] México, disponible en:
www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/.../TEMAS/MLEOPOLD.pdf
[Consultado el 12 de febrero de 2015].

Rivera Montiel A., (2008). Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Materiales de apoyo para el aprendizaje - Fecha Probable de Parto (FPP). [Online] México, disponible en: <file:///C:/Users/admin/Downloads/CALCULAR%20SEMANAS%20DE%20GESTACION.pdf> [Consultado el 21 de noviembre de 2014]

Sanabria, Marta, Coronel, Julia, Díaz, Cinthia, Salinas, Carolina y Sartori, (2005). Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal en *Revista chilena de pediatría*, [Online] Cuba, disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062005000500013&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0370-41062005000500013 [Consultado el 28 de mayo de 2015].

Sapién y Córdoba, (2007). “Psicoprofilaxis perinatal: preparación corporal y psíquica de la mujer embarazada para el nacimiento” en *revista Redalyc*, [Online] Vol. 17. No. 002. México, disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29117206.pdf> [Consultado el 19 de enero de 2015].

Secretaria de Salud, (1993). “Para la atención a la salud del niño”. Norma Oficial Mexicana de la Secretaria de Salud. NOM-031-SSA-1999. Diario Oficial de la Federación, 09 de junio de 2000.

Secretaria de Salud, (1993). “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido”. Norma Oficial Mexicana de la Secretaria de Salud. NOM-007-SSA2-1993. Diario Oficial de la Federación, 06 de enero de 1995.

Secretaria de Salud, (1993). “De los Servicios de Planificación Familiar”. Norma Oficial Mexicana de la Secretaria de Salud, NOM-005-SSA2-1993. Diario Oficial de la Federación, 21 de enero de 2004.

Secretaria de Salud, (2002). “Para la prevención y control de infecciones de transmisión sexual”. Norma Oficial Mexicana de la Secretaria de Salud. NOM-039-SSA-2002. Diario Oficial de la Federación, 11 de mayo de 2001.

Secretaria de Salud, (2003). Programa de Arranque Parejo en la Vida. El Ácido Fólico y la prevención de defectos al nacimiento. Gobierno de la Republica de México. [Online] México, disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ACIDOFOLICO.pdf> [Consultado el 23 de marzo de 2015].

Secretaria de Salud, (2013). Notificación semanal casos nuevos de enfermedades, Estados Unidos Mexicanos, marzo 2013. *Información epidemiológica de morbilidad*. [Online] México, disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf_morbilidad/2013/3Repo rte%20marzo_2013.pdf [Consultado el 22 de octubre de 2014].

Secretaría de Salud y Dirección General de Promoción de la Salud, (2014). Promoción de la salud, Centro de noticias [Online] México, disponible en: <http://www.promocion.salud.gob.mx/cdn/?p=8487>. [Consultado el 26 de enero de 2015]

Secretaría de Salud y Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, (2014). “*Guía de práctica clínica, Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*” [Online] México, disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_GRR.pdf [Consultado el 31 de mayo de 2015].

Senado de la República, LXI Legislatura, (2001). “Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman y adicionan los artículos 61, 64 y 79 de la Ley General de Salud” [Online] México, disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002854> [Consultado el 2 de mayo de 2015].

Servicios de salud de Veracruz, (2011). Manual de la implementación y operación de redes sociales en salud materna y perinatal del estado de Veracruz 2013-2018. Xalapa Veracruz, Gobierno del Estado de Veracruz. [Online] México, disponible en: http://www.difver.gob.mx/wp-content/uploads/2015/03/XXXIF_MADRINAS_OBS.pdf [Consultado el 20 de noviembre de 2014].

Torres y Rubio. 2014. “La partería tradicional en la República Mexicana”. [Online] México, disponible en: maternidadsinriesgos.org.mx/.../La_parteria_en_Mexico_ATL.doc__ [Consultado el 14 de octubre de 2014].

UNICEF, Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas, (2006). *Extracción de leche materna cuando la madre trabaja separada de su niño*. Universidad Católica de Chile. [Online] México. Disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod05/Mod%205%20extraccion%20leche.pdf> [Consultado el 07 de julio de 2014].

Vázquez, Rodríguez, Palomo, Romeu, Jiménez, Pérez, Rivero, Riesco, Vázquez, Arroyo, Rodríguez, Martínez y Vega (2013). *Manual básico de Obstetricia y Ginecología*. España, Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. [Online] México, disponible en: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Manual_obstetricia_ginecologia.pdf [Consultado el 10 de noviembre de 2014].

Villarreal, (2012). “Iniciativa que reforma la fracción II del artículo 170 de la ley federal del trabajo” en *Gaceta parlamentaria número 3535*. Lunes 18 Junio de 2012. [Online] México, disponible en: <http://gaceta.diputados.gob.mx/Black/Gaceta/Anteriores/61/2012/jun/20120618/Iniciativa-8.html> [Consultado el 23 de noviembre del 2014].

ANEXO



Universidad Autónoma del Estado de México

Facultad de Enfermería y Obstetricia



GUÍA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

El objetivo de esta entrevista es conocer la satisfacción que tienen las mujeres durante su atención gineco-obstétrica en el sistema hospitalario.

Domicilio: _____

Número Telefónico: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

Escolaridad: _____ Número de hijos: _____ No. de partos: _____

Cesáreas: _____ Número de consultas prenatales: _____ .

- 1) Cuánto tiempo emplea para llegar al Hospital General de San Felipe del Progreso (H.G.S.F.P).
- 2) Dígame ¿cómo experimentó/vivió durante las consultas prenatal?
- 3) ¿Se siente satisfecha con la atención brindada durante las consultas prenatales?
- 4) ¿Llevó a cabo ejercicios psicoprofilácticos?
- 5) ¿Se siente satisfecha con la información brindada durante las consultas prenatales?
- 6) ¿Presentó algún signo y/o síntoma de alarma durante el embarazo?
- 7) Dígame ¿Cómo fue su trabajo de parto?
- 8) ¿Se siente satisfecha con la atención brindada durante el trabajo de parto?
- 9) ¿Se siente satisfecha con la información brindada durante el trabajo de parto?
- 10) Dígame ¿Cómo ha sido su puerperio hasta el momento?
- 11) ¿Se siente satisfecha con la atención brindada durante el puerperio?
- 12) ¿Se siente satisfecha con la información brindada durante el puerperio?
- 13) Dígame ¿Por qué decidió atenderse en un hospital?
- 14) Si usted hubiese tenido la oportunidad de tener su parto en casa con un profesional capacitado ¿hubiese elegido esa opción?



CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El que suscribe Diana López Centeno Autor(es) del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de Tesis con el título Propuesta Educativa: Especialidad en Partería Profesional, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en la Facultad de Enfermería y Obstetricia para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca de Lerdo, a los 30 días del mes de mayo de 2016.


Nombre y firma de conformidad