

**POSGRADO DE ENFERMERIA
ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA
GENERACIÓN 2018-2019**

TESINA:

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA

Percepción de las pacientes del servicio de tocología sobre la atención del parto Humanizado en el Hospital General de Acapulco. (2019)

PRESENTA:

Lic. Enfra. Elizabeth Orozco Mendiola

DIRECTOR INTERNO: M.C.E Eva Barrera García
DIRECTOR EXTERNO: M.C.E Juana Barrera García
GRUPO DISCIPLINAR: La bioseguridad en enfermería.
L.G.A.C calidad en los procesos de bioseguridad en enfermería.
L.G.A.C de Enfermería medico quirúrgica
Calidad de enfermería medico quirúrgica.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Agradezco especialmente a la coordinación de Posgrado por la oportunidad que nos ofrece a los profesionales de enfermería de Guerrero para continuar superándonos.

A mis profesores por su paciencia dedicación y entrega para formarnos como especialistas en enfermería Médico-quirúrgica.

Dedico ese logro a mi familia que es el motor de mi vida y me motiva a seguir creciendo y superándome.

A Dios por guiar mi camino y darme fortaleza y sabiduría para crecer como profesional y persona.

Resumen

Introducción: El parto humanizado es un modelo que pretende tomar en cuenta de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; teniendo como objetivo fundamental que la paciente viva esta experiencia como un momento único y placentero. **Objetivo:** Determinar la Percepción de las pacientes del servicio de tocología sobre la atención del parto humanizado en el Hospital General de Acapulco. 2019. **Metodología:** El estudio fue trasversal y prospectivo, la población de estudio fueron las mujeres atendidas de parto, la muestra fue por conveniencia (32 mujeres), el periodo de estudio fue del 1 de septiembre al 30 de noviembre del 2019, el instrumento de recolección de datos fue un instrumento validado de 28 preguntas en formato de encuesta con respuesta de opción múltiple la cual determina por puntaje la percepción del parto, los criterios éticos fueron tomados del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación, la información fue tabulada en el programa estadístico SPSS en su versión más actualizada. **Resultados:** En relación a las encuestadas el mayor porcentaje con 50% lo obtuvieron las primigestas, el menor porcentaje con 21.8% las secundigestas, respecto a los criterios de mayor incumplimiento del parto humanizado fueron los siguientes, el 100% de las encuestadas mencionaron que nunca se les explico que podían tener un acompañante, que no se les explico que su acompañante podía ayudarla a respirar correctamente, relajarse, calmarse y darle seguridad, y que nunca les enseñaron las posiciones para el parto. **Conclusiones:** En la presente investigación se concluye que la percepción global sobre el parto humanizado evidenció que la mayoría de pacientes coincide que este proceso se realizó de forma inadecuada 53,0%, un 34,0% percibió que el parto humanizado se realizó de forma regular y solo el 13,0% percibió que el parto humanizado se realizó de forma adecuada.

Palabras claves: Percepción, atención y parto humanizado.

Summary

Introduction: Humanized childbirth is a model that aims to explicitly and directly take into account the opinions, needs and emotional assessments of women and their families in the processes of pregnancy, childbirth and puerperium care; having as a fundamental objective that the patient live this experience as a unique and pleasant moment. **Objective:** To determine the perception of the patients of the tocology service on the care of humanized birth in the General Hospital of Acapulco. 2019. **Methodology:** The study was cross-sectional and prospective, the study population was women attended for childbirth, the sample was for convenience (32 women), the study period was from September 1 to November 30, 2019, the instrument Data collection was a validated instrument of 28 questions in a survey format with multiple choice answer which determines the perception of childbirth by score, the ethical criteria were taken from the regulation of the general law of health in research, information It was tabulated in the statistical program SPSS in its most updated version. **Results:** In relation to the respondents, the highest percentage with 50% was obtained by the primigestas, the lowest percentage with 21.8% were the secondary, regarding the criteria of greater non-compliance with humanized delivery were the following, 100% of the respondents mentioned that they never they were told that they could have a companion, that they were not explained that their companion could help her breathe correctly, relax, calm down and give her security, and that they never taught them the positions for childbirth. **Conclusions:** In the present investigation it is concluded that the global perception of humanized delivery showed that the majority of patients agree that this process was performed improperly 53.0%, 34.0% perceived that humanized delivery was performed regular and only 13.0% perceived that humanized delivery was performed properly.

Keywords: Humanized perception, attention and childbirth.

Índice general

Agradecimientos y dedicatorias	1
Resumen.....	2
Summary.....	3
Índice general	4
Introducción	6
Capítulo I Generalidades de la investigación	7
1.1 Planteamiento del problema	8
1.2 Pregunta de investigación.....	11
1.3 Objetivos	12
1.4 Hipótesis	13
1.5 Justificación	14
1.6 Contexto de la investigación	15
Capítulo II Marco teórico	24
2. Marco teórico.....	25
2.1 Estado del arte	25
2.2 Parto Humanizado.....	30
2.2.1 La salud reproductiva.....	30
2.2.2 La situación social de la mujer en la reproducción humana.....	32
2.2.3 La atención del parto en la mujer embarazada en las instituciones de salud	32
2.2.4 Las inequidades en la atención del parto en México.....	35
2.2.5 El humanismo en la atención del parto por los profesionales en salud	38
2.2.6 La calidad del cuidado de enfermería en la atención del parto.....	39
2.2.7 La Teoría de Jean Watson y el parto humanizado	61
Capítulo III Metodología de la investigación.....	65
3.1.1 Diseño de la investigación	66
3.1.2 Ruta de investigación.....	66

3.1.3 Método.....	66
3.1.4 Instrumento y técnica de recolección	66
3.1.5 Universo de estudio	68
3.1.6 Población de estudio.....	68
3.1.7 Tamaño de la muestra	68
3.1.8 Criterios éticos.....	68
3.1.9 Variables de estudio.....	68
3.10 Plan de análisis de resultados	69
Capítulo IV Resultados	70
4.1 Resultados.....	71
4.1 Perfil sociodemográfico de las pacientes encuestadas en el servicio de tología del Hospital General de Acapulco.....	71
4.2 Perfil gineco-obstétrico de las pacientes atendidas de parto en el servicio de toco-cirugía del Hospital General de Acapulco	75
4.3 percepción del parto humanizado de las pacientes atendidas en el Hospital General de Acapulco.....	79
Capítulo V Conclusiones	96
5.1 Conclusiones	97
5.2 Recomendaciones	98
Referencias bibliográficas	99
Anexos	102
Consentimiento informado	103
Instrumento de recolección de datos.....	104
Programa educativo	107
Cronograma de trabajo	114

INTRODUCCIÓN

El parto humanizado es un modelo que pretende tomar en cuenta de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; teniendo como objetivo fundamental que la paciente viva esta experiencia como un momento único y placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su parto, reconociéndose el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, es fundamental que los profesionales de la salud posean conocimientos y capacidades para prestar el apoyo emocional adecuado, estableciéndose como necesidad de contar con un entorno favorable para el parto.

Por ello se realizó la presente investigación con el objetivo de conocer la percepción sobre el parto humanizado de las pacientes atendidas en el servicio de Tocología del Hospital general del quemado, el estudio fue transversal y prospectivo, la población de estudio fueron las mujeres atendidas de parto, la muestra fue por conveniencia (32 mujeres), el periodo de estudio fue del 1 de septiembre al 30 de noviembre del 2019, el instrumento de recolección de datos fue un instrumento validado de 28 preguntas en formato de encuesta con respuesta de opción múltiple la cual determina por puntaje la percepción del parto donde: 1 correspondió a nunca, 2 algunas veces, 3 casi siempre y 4 siempre; para un rango real del instrumento de 18 a 72 puntos.

De 50 a 72 puntos de rango la paciente considera que el parto humanizado se ha realizado de forma adecuada, de 35 a 53 puntos la paciente percibe que el parto se ha realizado de forma regular, de 18 a 34 puntos la paciente percibe el parto como inadecuado, los criterios éticos fueron tomados del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación, la información fue tabulada en el programa estadístico SPSS en su versión más actualizada.

CAPITULO I

GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN



1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el proceso del parto muchas mujeres son víctimas de abusos y tratamiento irrespetuoso en el ámbito de las instituciones de salud. Esta es una problemática de índole mundial donde además de violar los derechos de estas mujeres a la atención de calidad, pone en peligro su integridad física y mental en un momento de extrema singularidad. Por lo tanto, además de un problema de salud pública, ha sido una cuestión de derechos humanos. La violencia, sea del orden físico, emocional o simbólica, es productora de alto grado de sufrimiento siendo, a veces, presentada de una manera tan sutil que es difícil verla. En este contexto, la violencia obstétrica incluye cualquier acción que produce efectos negativos de carácter físico y psicológico durante el proceso de parto natural. La mayoría de las veces, su materialización se produce a través de un tratamiento deshumanizado que surge de profesionales de la salud. (Da Silva & Santana, 2017)

En Brasil existe una problemática importante de violencia obstétrica ya que, una encuesta mostró que el 25% de las mujeres fueran víctimas de violencia obstétrica. Otro estudio, llevado a cabo en una maternidad en São Paulo, Brasil, mostró porcentaje similar, 27,9 %. Se destacaron como expresiones de violencia, la realización de procedimientos sin la debida explicación o permiso dado (27,3%) por la mujer, como la episiotomía, amniotomía artificial y enema. También se observaron fallas en responder preguntas (16,3%) y la prohibición de la presencia de compañeros. (Da Silva & Santana, 2017)

En el sistema de salud cubano se identifican y reflejan como problemas actuales que pudieran determinar la calidad de la atención al parto: poca capacitación del personal de salud en aspectos bioéticos y de humanización, desactualización de temas sobre la conducta, el control del trabajo de parto relacionado con el dolor, estrés, tensión de la madre, desarrollo casi nulo de la psicoprofilaxis, problemas estructurales, dificultades organizativas, obstáculos en la calidad de la información

general y sobre procedimientos y conductas con pobre empleo del consentimiento informado en la práctica cotidiana. (Borges et. al. 2018)

A nivel nacional en la República Mexicana, los datos para 2012 indicaban que poco más del 45% de los nacimientos fue por cesárea, desde el campo de la salud y los derechos humanos ha comenzado a plantearse que el aumento en el número de las cesáreas no es ajeno a un fenómeno más general que englobaría el uso y abuso de las cesáreas y toda una serie más de prácticas biomédicas institucionalizadas y violentas: uso y abuso de fórceps, oxitocina, rasurados, edemas etc. Todas estas prácticas y técnicas se consideran como Violencia Obstétrica, hasta 2012, la información sobre quejas médicas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) destaca que es notorio el número de especialistas de gineco-obstetricia denunciados. También, la Comisión Nacional de Derechos Humanos ha comenzado a recabar quejas y denuncias de violencia obstétrica. (Pozzio M. R. 2016).

A nivel Estatal, Guerrero es uno de los estados considerados con cifras altas de muertes maternas de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Guerrero ha mantenido en los últimos 30 años los primeros lugares en incidencia de muertes maternas ya que existe un menor desarrollo socioeconómico, mayor marginalización y menor cobertura de atención médica obstétrica, por ende se identifica la deficiencia, en la implementación de intervenciones efectuadas, dirigidas particularmente a las poblaciones rural e indígenas, en la mortalidad materna, es decir, las muertes que resultan del embarazo y de la expulsión o nacimiento del producto (incluyendo el aborto), es un problema de salud pública, que refleja una serie de condiciones asociadas a precarias condiciones socioeconómicas. (Lazcano, et. al. 2018)

El secretario de Salud, Carlos de la Peña Pintos, menciona que durante 2018 disminuyeron estas muertes 50 por ciento en Guerrero. Pero hasta finales de mayo de 2019 el aumento es abismal. De ocupar el decimosexto lugar nacional en incidencia de muertes maternas, pasó al quinto lugar. El secretario afirma que en Guerrero la partería es importante para combatir la mortalidad materna. La partería

tradicional es necesaria y útil para mujeres que no cuentan con servicios de salud. Estos pueblos están a horas de distancia de la clínica de salud más próxima. En otros casos, aunque exista la alternativa de un centro de salud, las mujeres prefieren seguir pariendo de manera tradicional, porque han experimentado violencia obstétrica en un hospital, donde les vulneraron sus derechos. (García, B., 2019)

Existen varios testimonios de mujeres que estuvieron solas, que médicos no permitieron a las parejas asistir al nacimiento, lo que consentiría un involucramiento del padre y, en muchos casos, dan medicina para inducir el parto. De acuerdo con testimonios de mujeres que parieron en forma tradicional, una partera nunca las deja solas. Busca la forma de tranquilizarlas, que confíen y respiren; tampoco las alejará de su bebé cuando nazca; se los dará enseguida para amamantarlo. A diferencia de una clínica pública donde muestran al bebé y lo cargan por segundos. (García, B., 2019)

A nivel local en el Hospital General de Acapulco como ente rector comprometido con la implementación de estrategias nacionales, se encuentra promocionando la atención de parto humanizado con enfoque intercultural, que incluye un adecuado trato del profesional que atiende el parto, la libre elección de la gestante en la posición de su parto, el acompañamiento de la gestante y el manejo del dolor a través de la analgesia de parto, lo que brinda una mayor confortabilidad a la madre y mejores condiciones para el recién nacido, aportando a las tasas de reducción de la morbilidad materna en nuestro país.

Sin embargo, debido al limitado abastecimiento del recurso humano y la gran demanda de atención de parto en esta institución especializada, puede no estarse brindando lo establecido en los protocolos de parto humanizado y esto verse reflejado en las percepciones de las usuarias. Considerando la problemática descrita anteriormente, se plantea la presente investigación con el propósito de conocer la percepción de las pacientes sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Tocología.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la Percepción de las pacientes del servicio de tocología sobre la atención del parto humanizado en el Hospital General de Acapulco. (2019)?

1.3 OBJETIVOS

A) General

Evaluar la Percepción de las pacientes del servicio de tocología sobre la atención del parto humanizado en el Hospital General de Acapulco. 2019

B) Específicos

- Valorar el perfil sociodemográfico de las pacientes que fueron atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General del ISSSTE Acapulco.
- Ponderar las variables de mayor incumplimiento del parto humanizado según la percepción de las pacientes que acuden al servicio de tocología.

1.4 HIPOTESIS

Si la percepción de la paciente en la atención del parto humanizado es adecuada, entonces la atención del parto humanizado que se realiza en el servicio de Toco cirugía es adecuada.

1.5 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio se justifica porque la Comisión Nacional de Derechos Humanos, destaca la urgencia de implementar el "Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro" en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a fin de garantizar la disminución de la morbilidad materno-infantil, y la atención médica calificada, digna, respetuosa y con perspectiva de género, así mismo, la Norma Oficial Mexicana 007, de Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, fue modificada en 2005 "para buscar disminuir los daños obstétricos y los riesgos para la salud de las mujeres y de sus hijos". (Milenio, 2019)

Ya que la situación de México no es ajena al contexto mundial: en los últimos treinta años la lucha entre el nacimiento como problema médico y el nacimiento humanizado se ha intensificado y globalizado. En este marco, la Organización Mundial de la Salud ha lanzado diversos documentos y declaraciones, entre las que se destacan las recomendaciones de 1985, que vuelven a poner en el centro de la escena a las mujeres parturientas. (Pozzio M. R. 2016).

Es importante destacar los beneficios del presente estudio, para las mujeres en trabajo de parto, mejorara la atención brindada ya que en el presente estudio se realizara una intervención educativa dirigida a los profesionales de salud con el objetivo de concientizar sobre la importancia del parto humanizado, los beneficios para los profesionales de salud serán mejorar los conocimientos sobre la normatividad vigente para el parto humanizado, las implicaciones legales de la violencia obstétrica, así como la creación de conciencia sobre la importancia de evitar prácticas tecnificadas médicas que se traducen en violencia obstétrica, para el hospital los beneficios derivados del estudio son mejorar el prestigio de la institución, disminuir la morbilidad materno-perinatal y la reducción de costos en demandas legales y sobre-estancia hospitalaria.

1.6 CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue realizada en el Hospital General de Acapulco, por ello es importante contextualizar y describir el Hospital donde fue realizado para brindar una panorámica general.

Guerrero es uno de los treinta y un estados que, junto con la Ciudad de México forman los Estados Unidos Mexicanos. Su capital es Chilpancingo de los Bravos y su ciudad más poblada, Acapulco de Juárez.

Imposible comprender la historia mexicana sin la participación de Guerrero y los guerrerenses. Esta tierra suriana ha sido, como pocas, pródiga en cultura, caudillos y causas que han enriquecido el quehacer y la identidad del país. Baste citar su importancia singular durante la colonia para la universalización del imperio español, así como su papel nodal en la creación del capital tecnológico, mercantil y metalífero que ese imperio extrajo de estos lares para su sostenimiento y expansión.

Pero no acaba ahí la relevancia del territorio guerrerense. La alternancia de su geografía agreste y noble, que propicia una forma particular de trabajo de los hombres en su relación vital de reproducción social y económica, se

constituyó en terreno propicio para la adopción y sostenimiento de la gesta independentista que libraron mestizos e indígenas bajo un proyecto igualitario y republicano. Nutridas por un pueblo que rechazó el sojuzgamiento imperial que amenazaba la existencia de sus comunidades, las fuerzas insurgentes sostuvieron en este territorio la resistencia durante más de una década, hasta agotar las reservas coloniales. En estas tierras se decretó de manera anticipada la independencia republicana sancionada por un congreso representativo inspirado en los Sentimientos de la Nación que dictó don José María Morelos y Pavón. Asimismo, en esta gesta se formaron los hombres que a la postre, mediante la reivindicación de los mismos principios, derrocaron a la tiranía de Antonio López de Santa Anna para dar lugar a la reforma juarista que integró el país al concurso de las naciones.

En el mismo sentido, derivada de la particular relación de los hombres con la tierra, en Guerrero se formó una sociedad de rancheros que fue terreno fértil para los postulados demócratas de Francisco I. Madero, así como semillero de caudillos revolucionarios y agrarios. En consecuencia, a lo largo del siglo XX el pueblo de Guerrero demostró en más de una ocasión su desacuerdo con los incumplimientos de los postulados de la Revolución mexicana mediante movimientos democráticos de masas y la insurrección armada. De esta forma se convirtió en referente de la alternancia en el poder que llegó con el amanecer del nuevo milenio.

Guerrero es y ha sido indispensable para el proceso nacional. La problemática que vive en el nuevo milenio es representativa de los problemas del país y, en esa medida, las decisiones presentes y futuras del pueblo guerrerense son de trascendencia para toda la nación.

Los órganos de san Agustín (el quemado)

Se localiza en el municipio Acapulco de Juárez del estado de Guerrero México.

La localidad se encuentra a una mediana altura de 43 metros sobre el nivel del mar.

La población total de Los Órganos de San Agustín (El Quemado) es de 1349 personas, de cuales 656 son masculinos y 693 femeninas.

Edades de los ciudadanos

Los ciudadanos se dividen en 535 menores de edad y 814 adultos, de cuales 142 tienen más de 60 años.

Habitantes indígenas en Los Órganos de San Agustín (El Quemado)

22 personas en Los Órganos de San Agustín (El Quemado) viven en hogares indígenas. Un idioma indígena hablan de los habitantes de más de 5 años de edad 6 personas. El número de los que solo hablan un idioma indígena pero no hablan mexicano es 0, los de cuales hablan también mexicano es 6.

Estructura social

Derecho a atención médica por el seguro social, tienen 523 habitantes de Los Órganos de San Agustín (El Quemado).

Estructura económica

En Los Órganos de San Agustín (El Quemado) hay un total de 359 hogares.

De estos 340 viviendas, 70 tienen piso de tierra y unos 104 consisten de una sola habitación.

277 de todas las viviendas tienen instalaciones sanitarias, 274 son conectadas al servicio público, 329 tienen acceso a la luz eléctrica.

La estructura económica permite a 10 viviendas tener una computadora, a 118 tener una lavadora y 313 tienen una televisión.

Educación escolar en Los Órganos de San Agustín (El Quemado)

Aparte de que hay 150 analfabetos de 15 y más años, 19 de los jóvenes entre 6 y 14 años no asisten a la escuela.

De la población a partir de los 15 años 146 no tienen ninguna escolaridad, 372 tienen una escolaridad incompleta. 195 tienen una escolaridad básica y 185 cuentan con una educación post-básica.

Un total de 81 de la generación de jóvenes entre 15 y 24 años de edad han asistido a la escuela, la mediana escolaridad entre la población es de 7 años.

ANTECEDENTES.

El Hospital General Acapulco, fue inaugurado el 22 de marzo de 1972, siendo el Presidente de la República Mexicana el Lic. Luis Echeverría Álvarez y el entonces secretario de Salud el Dr. Jorge Jiménez Cantú, iniciando sus servicios a partir del 29 de abril del mismo año, siendo el primer director el Dr. Fabián Castillo Duran y

primer Jefe de Enfermeras la Enf. Sanitarista Dolores Lares Leyva, quien organizó los servicios hospitalarios.

Contaba con 89 camas censables y 49 transitorias, la apertura a los servicios fueron los básicos de especialidad como: pediatría, cirugía, ginecología y medicina interna. Así mismo se iniciaron los servicios auxiliares de diagnóstico: laboratorio de análisis clínicos, Rayos X, Banco de Sangre, Anatomía y Patología.

En el año de 1974 nombran como director al Dr. David Álvarez Huerta, quien forma su propio equipo de trabajo y nombra a la Enf. Especialista en administración de los servicios de enfermería Camelia Zarate Andaluz como Jefe de enfermeras. En ese año, por la necesidad de la población se incrementa el número de camas censables a 110 y las mismas transitorias. También se organizan las primeras jornadas de enfermería, conmemorativas al 2º año de fundación del Hospital General de Acapulco en coordinación con nivel Estatal.

En el año de 1976 es nombrado el Dr. Luis Rey Domínguez como nuevo director del Hospital General de Acapulco, quien asigna como jefe de enfermeras a la Enf. Adelina Castro Castro, quien se encarga de la integración del Área Quirúrgica y se inician las cirugías experimentales con animales a fin de proporcionar enseñanza al personal médico y paramédico y es en este año que se inicia como Hospital – Escuela, además hay un incremento en las camas censables a 114 y 49 transitorias.

En el año 1977 interinamente se nombra al Dr. Sócrates Juárez Rabadán como Director y la Enf. Marina Guerrero Alonso como Jefe de Enfermera y posteriormente ocupa el puesto de manera oficial el Dr. Marco Antonio Adame Aguilera, quien mantiene a su lado al mismo equipo de trabajo hasta el año de 1980 que nombra a la Enf. Ma. Juana Barrera García, como Jefe de Enfermeras.

En el año de 1979 se abre el campo clínico a los egresados de la Facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Guerrero, para internado médico, aceptando a 12 alumnos. En este mismo período se da inicio a la Residencia Médica en el Hospital, existiendo coordinación con la UNAM

En 1981 se nombra a la Enf. Mayanín Zúñiga Leyva como nueva Jefe de Enfermeras y envía a capacitación a enfermeras al Instituto Nacional de Perinatología.

En septiembre de 1982 la Enf. Martha Candela Armenta ocupa la jefatura de enfermeras y en el año 1984 el Dr. Hugo Juan Pedroza Escalera es el nuevo director, siendo su sucesor posteriormente el Dr. Belisario Claros Cueto y la Jefe la Enf. Ma. Esther Abundez Lagunas.

En 1986 nombran como director al Dr. Francisco Ramírez Casian quien nombra a la Enf. Blanca Ma. Teresa Salazar Alviar como jefe de Enfermeras. En esta administración se realizaron algunos eventos como: Cirugías Correctivas de Malformaciones Óseas, Labio y Paladar Hendido, Estrabismos, Cataratas, Pterigión y campañas de Salpingoclasia apoyadas por el DIF Estatal, también

INAUGURACIÓN DEL NUEVO HOSPITAL GENERAL

ACAPULCO, GUERRERO.- El Presidente Enrique Peña Nieto inauguró con el gobernador Héctor Astudillo Flores el nuevo Hospital General de Acapulco, ubicado en la carretera federal México-Acapulco, a la altura de la comunidad de El Quemado.

En su construcción se invirtieron 826 millones de pesos provenientes del Fondo de Desastres Naturales (FONDEN), y cuenta con 300 camas duplicando la capacidad del viejo hospital de Ruiz Cortines. El Secretario de Salud en Guerrero, Carlos de la Peña Pintos, indicó que este fin de semana inició sus funciones el Hospital General de Acapulco, ahora ubicado en el poblado de El Quemado. “todavía no hay una fecha para su inauguración, ya tiene que operar al cien por ciento en los próximos días”.

Explicó que durante los cambios realizados este fin de semana no se registró ningún incidente con los pacientes que fueron trasladados del hospital anterior al nuevo, “hablamos de aproximadamente unos 40 pacientes, algunos ya se han dado de alta, incluso aquí ya hay pacientes que han llegado al servicio de urgencias”.

El Hospital General de Acapulco cuenta con instalaciones de calidad que ahora ofrecen a su gran personal médico el equipamiento necesario para realizar procedimientos y atender a pacientes que antes tenían que irse a otras ciudades.

Adicionalmente el gobierno estatal llevó a cabo obras como la introducción de una tubería especial que permitirá al hospital contar con agua potable de manera ininterrumpida, con una inversión de poco más de 17 millones de pesos, garantizando así un servicio de calidad

El Hospital General de El Quemado está sobre una superficie de casi 20 mil metros cuadrados, y ofrece servicio a 322 mil 845 habitantes, tanto del puerto como pacientes de los municipios aledaños, e incluso de los estados circunvecinos, a través de sus 29 espacios destinados para consulta externa, seis salas de cirugía, dos salas de expulsión, 120 camas en el área de hospitalización, área de Neonatología, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y Unidad de Terapia Intermedia Neonatal, entre otras especialidades.

CONSTRUCCIÓN.

El Hospital General de Acapulco, se encuentra ubicado en carretera Nacional Acapulco- México S/N Poblado del Quemado C.P. 39901. Certificado de registro CR-39901.

Es una institución de subsidio directo de Chilpancingo y de cuotas de recuperación de pacientes, que no tienen el seguro popular.

Cuenta con una superficie de terreno de 31.400.00 m² y una superficie de construcción de 20,396.00m².

Por su construcción, tiene características de tipo vertical-horizontal, es de segundo nivel, la atención que ofrece a la población es de tipo abierta y cuenta con 121 censables y 170 no censables. El Hospital tiene 3 niveles atendiendo las cuatro áreas básicas (Medicina Interna, Cirugía, Ginecoobstetricia y Pediatría), observaciones adultas y Pediátricas, Clínica de Labio y Paladar Hendido y 1 helipuerto.

Su distribución física se encuentra de la siguiente manera:

TERCER NIVEL

- **ÁREA PEDIÁTRICA Y ADMINISTRATIVA.**

Este nivel cuenta con el área de pediatría misma que cuenta con 31 camas censables distribuidas en lactantes, preescolares, crecimiento y desarrollo, cuidados especiales, escolares y aislados, en este nivel también encontramos el centro de preparación lugar donde se preparan las nutriciones parenterales indicadas a los pacientes de esta institución. En este mismo nivel encontramos el área administrativa, jefatura de enfermería y el área de docencia y dirección general.

SEGUNDO NIVEL

- **ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN.**

En este nivel se encuentran los servicios de cirugía general y traumatología el cual cuenta con 46 camas censables, medicina interna quien cuenta con 34 camas censables y ginecoobstetricia con 10 camas censables. Así como también se puede encontrar la Clínica de catéter. Cabe destacar que cada servicio cuenta con su sala de descanso para el personal de enfermería.

PRIMER NIVEL

- **UNIDAD MÉDICO QUIRÚRGICA.**

Cuenta con 4 salas quirúrgicas y 2 salas de quirófano ambulatorio, 1 sala de recuperación la cual cuenta con 12 camillas, sala de preanestesia la cual cuenta con 9 camillas, 1 sala de inhalo terapia y área de consulta externa la cual cuenta con 29 consultorios para la atención de la población guerrerense.

- **UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

En este primer nivel podemos encontrar los servicios de: Unidad de cuidados intensivos adultos (UCI) la cual cuenta con 14 camas, Unidad de cuidados intermedios adultos (UTIA) misma que cuenta con 5 camas, Unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) la cual cuenta con 4 camas, Unidad de cuidados

intensivos neonatales (UCIN) en esta unidad tenemos 6 cunas y Unidad de cuidados intermedios neonatales (UTIN) en esta última contamos con 5 cunas.

- **INHALOTERAPIA.**

Contamos con una sala de inhala terapia, la cual su personal brinda servicio de nebulizaciones y atención a pacientes hospitalizados con apoyo ventilatorio.

- **CONSULTA EXTERNA.**

En la consulta externa se cuenta con especialidades como psiquiatría, psicología, gastroenterología, traumatología, medicina interna, entre otras que son atendidas en los 29 consultorios.

- **PLANTA BAJA.**

Podemos encontrar la entrada principal a este hospital, oficinas de sindicato, así como farmacia, puesto de sangrado, archivo clínico, seguro popular, rayos x, caja enlace médico, comedor, almacén general y recursos humanos.

La planta baja cuenta con el área de atención a la urgencia que se pueda presentar ya que cuenta con 1 cuarto de choque la cual cuenta con 2 camillas, 1 triage para la atención del adulto el cual cuenta con 6 camillas, así como 3 camas para la atención de corta estancia pediátrica. 1 consultorio de medicina general para la atención de la población adulta y 1 consultorio para la atención de la población pediátrica. 1 sala de curaciones y heridas la cual cuenta con 4 camas. En este mismo nivel se encuentra el servicio de observación adultos la cual cuenta con 24 camas no censables, observación pediátrica servicio que tiene 19 camas.

- **UNIDAD DE URGENCIA MÉDICA QUIRÚRGICA OBSTÉTRICA.**

Se cuenta con 1 consultorio de triage obstétrico, tococirugía cuenta con 22 camas distribuidas en el servicio; 1 sala de labor con capacidad de 8 camas, 2 salas de expulsión, 1 sala de recuperación post parto con capacidad de 6 camas, 1 sala quirúrgica, 1 sala de recuperación postquirúrgica con 3 camas, 1 cunero transitorio, así como también podemos encontrar el servicio de puerperio bajo riesgo el cual cuenta con 8 camas.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL SERVICIO DE TOCOLOGÍA.

El servicio de tología se encuentra ubicado en planta baja cuenta con nueve serviciosconsultorio triage, labor, expulsión cuenta con dos salas que están actas para la atención del parto respetado, quirófano, recuperación quirúrgica, atención al recién nacido, post parto, puerperio bajo riesgo y sub ceye.

CAPITULO II
MARCO TEORICO



2. MARCO TEORICO

2.1 Estado del arte

2.1.1 Antecedentes Internacionales

En Chile Uribe TC, Contreras MA, Bravo VP, et al (2018) Modelo de asistencia integral del parto: “Concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad”
Objetivo: evaluar la efectividad del modelo de asistencia integral del parto (MASIP) en comparación con el cuidado estándar del parto. Metodología: A través de un diseño experimental aleatorizado y controlado, se compararon los resultados de calidad y seguridad de MASIP con la modalidad habitual de asistencia del sistema público en Santiago de Chile, para la población de embarazadas de bajo riesgo. Resultados: MASIP resultó ser más efectiva que las asistencias tradicionales en términos de calidad con los indicadores de bienestar materno, disminución de medidas de conducción y de atención de parto innecesarias. La frecuencia de cesárea disminuyó durante el período del estudio en ambos grupos, en comparación con un registro histórico de la misma población. En términos de seguridad, los indicadores mantuvieron el estándar alcanzado en las últimas décadas en ambas modalidades, pese a que el modelo integral se caracteriza por tener menos intervención. Conclusión: (MASIP) Es un modelo seguro y de mejor calidad para mujeres de bajo riesgo del sistema público de Chile que el cuidado estándar. Intervenciones futuras para mejorar la experiencia de las mujeres y familias, deben incluir en su diseño los componentes de MASIP. Palabras claves: Modelo, calidad, seguridad, parto bajo riesgo.

En Argentina: Contreras Guaymás M. (2017) trabajo de investigación del Cuidados de Enfermería para un trabajo de parto humanizado: Objetivo: Brindar una atención médica oportuna y de calidad. Metodología: Aplicación de la Ley N° 25.929 sobre Parto humanizado, donde enfermería estandariza su cuidado midiéndose por lista de cotejo: La enfermera le proporciona contacto físico como el de le toma de la mano para proporcionarle ayuda, brinda apoyo continuo a la madre, Comunicación

constante de sus dudas respecto a la atención del hospital, brinda comodidad de movimientos a la paciente en trabajo de parto. Utiliza técnicas no invasivas, entre otros. Resultados se mantiene la reglamentación hasta la fecha para seguir avanzando en la ley propuesta de parto amigable sin existir resultados de medición. Conclusión: El cambio en el modelo asistencial en el trabajo de parto con la implantación de una política de humanización va a depender básicamente del trabajo de los enfermeros, porque si el enfermero actúa en conjunto con la mujer en la sala del parto, no va a permitir perpetuar el antiguo modelo, pero, aun así, sabemos que los cambios, son lentos, por la normal resistencia a toda modificación. Palabras Claves: Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), Ley N° 25.929, Enfermería, Cuidado humanizado

Córdoba Argentina: Massari BR, (2016) Identificar el Cumplimiento de la ley de parto respetado por el equipo de salud. Objetivo: Identificar el cumplimiento de la ley de parto, respetado por el equipo de salud en una institución privada, en el mes de enero y febrero del año 2016. Metodología: Tipo de Estudio: observacional, descriptivo, transversal, La delimitación del universo o población en estudio se concentra en un grupo de profesionales que interviene en el proceso de trabajo de parto: Ginecólogos Residentes: 15, Obstetras 10, Enfermeras 3, Neonatólogos 3, población total 31; La Población: 31 profesionales que intervienen en los 141 partos normales, realizados en la sala de obstetricia, en un lapso determinado de tiempo de 2 meses, en un estándar de profesionales que asisten en el mismo que son 4 por cada parto. Instrumento utilizado hoja de cotejo considerando la guía de observación de la Ley 25929 de parto humanizado. Resultados: En relación a los Obstetras 15= 100% cumplen con la normativa de la ley en el aspecto físico, con diferencias en cuanto a la atención psicológica y emocional que solo el 2% de los 15 cumplió en ese aspecto. En enfermería se cumple el 100% en el aspecto físico difiriéndose el psicológico y emocional solamente cumplieron 2 de acuerdo a frecuencia. En cuanto a los Residentes el 100% cumple en el aspecto físico, olvidando el aspecto psicológico y emocional.

Barcelona España (2017) Biurrun G. A. Realizo trabajo de investigación en: La humanización de la asistencia al parto, valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol. Objetivo General conocer la experiencia de las mujeres, con el fin de profundizar en lo que significa para ellas una atención humanizada y satisfactoria al parto. Metodología tipo de estudio cuantitativo con un diseño fenomenológico interpretativo según la perspectiva de Gadamer.(1989) Población o muestra se realizaron 21 entrevistas a mujeres con una gestación de bajo y medio riesgo obstétrico, para identificar los elementos, que contribuyen a una percepción de atención humanizada, y satisfactoria del parto, posteriormente se llevaron a cabo 8 entrevistas adicionales para profundizar, en la experiencia de las mujeres en relación a la toma de decisiones informadas durante la atención del parto. Resultados: se observó que los elementos que las mujeres reconocieron como fundamentales para una experiencia positiva, satisfactoria y humanizada de la atención recibida estaba relacionada con: La expectativa previa que esta tenía, las cuales estaban condicionadas por el imaginario social del parto como situación de riesgo. Con la vivencia que tuvieron; en caso de partos anteriores con la seguridad percibida, con el respeto a la privacidad y con el soporte emocional recibido durante el trabajo de parto y parto. Además se constata que la experiencia de las mujeres relacionadas con la toma de decisiones informada durante la atención al parto, viene determinada por su capacidad de decisiones durante este proceso en determinados aspectos y que dicha capacidad se desarrolla a lo largo de un proceso que inicia en el tercer trimestre de embarazo y concluye en el parto, siendo distintas las demandas que las mujeres realizan a los profesionales según el momento asistencial.

Lima Perú (2015) Del Pilar: Realizo trabajo de investigación en:” Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el servicio de centro obstétrico del Instituto nacional Materno Perinatal (INMP), durante el periodo Marzo- Abril de 2015, “Objetivo general Determinar la percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el servicio del centro obstétrico del Instituto Nacional

Materno Perinatal durante el periodo Marzo – Abril de 2015, Metodología tipo de investigación estudio observacional diseño, El diseño de estudio fue descriptivo, prospectivo, de corte transversal. Población total paciente atendidas en el servicio del Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el periodo Marzo – Abril de 2015, Muestra unidades de análisis: pacientes atendidas en el servicio de centro obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante la segunda semana de Marzo hasta la segunda semana Abril de 2015, Tamaño de la muestra: Según reportes Institucionales del servicio del centro obstétrico del INMP, anualmente se atienden un total de 8.441 partos vaginales, lo que nos dio un aproximado de 703 partos vaginales atendidos mensualmente, dadas las restricciones por motivos de costo y dinero por parte de la investigadora, se consideró un tamaño aproximado de 100 pacientes distribuidas de acuerdo a la técnica de muestreo empleada. Resultados características sociodemográficas de las paciente atendidas en el servicio de centro obstétrico del Instituto Materno Perinatal durante el periodo Marzo – Abril 2015, el grupo mayoritario de pacientes fue mayor o igual a 25 años (52.0%, así mismo la edad promedio fue 26,2-5,7 años. El 76.0% de las entrevistadas eran convivientes, 14% estaban casadas y 10% solteras. El 67.0% tenía educación secundaria, 27.0% alcanzo el nivel superior y solamente 6.0% contaba con nivel primaria. Además el 61,04% de las pacientes se dedicaban a labores domésticos, 30% trabajaba (dependiente o independiente y 7.0 %estaban estudiando.

Cuenca Ecuador (2014), Ortega et. al. Realizo trabajo de investigación en “Determinación de los niveles de ansiedad por medio de la escala de Hamilton en mujeres gestantes en labor de parto del Hospital “Vicente Corral Moscoso. Objetivo General: Determinar los niveles de ansiedad por medio de la escala de Hamilton en mujeres gestantes en labor de parto del Hospital “Vicente Corral Moscoso” Metodología: Tipo de estudio descriptivo población o muestra 2800 mujeres gestantes que acudieron a la sala de labor. Universo se trabajó con universo de 2800 mujeres que asistieron en el 2013. Resultados El 45% de mujeres gestantes presentaron un nivel de ansiedad de 13 – 17 significa menos que ansiedad mayor; el 69 de multíparas tiene instrucción primaria y el mayor porcentaje de edades de la

gestante en un 42.12% que comprende las edades de 19 a 25 años de mujeres que se encuentran en edad fértil. El 37% fue mayor el porcentaje.

Nivel Nacional.

Toluca de Lerdo México. López C. D. (2016), Realizo trabajo de investigación en:” Propuesta educativa Especialidad en partería profesional. Objetivo general, Promover la creación de la especialidad de partería profesional a la facultad de enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México. Metodología, se elaboró un estudio diagnóstico, exploratorio y prospectivo. Tipo de estudio transversal con abordaje metodológico mixto. Población o muestra 21 mujeres elegidas por conveniencia, Universo de estudio; Mujeres embarazadas o en puerperio. Resultados de total de entrevistadas 14 tuvieron un trabajo de parto que culminó en un parto vaginal, 3 tuvieron un parto que culminó en una cesárea y que se sospechó en un trabajo de parto prolongado de las mujeres entrevistadas señalaron el trabajo de parto como una sensación dolorosa, la describían como muy doloroso 7 mujeres expresaron que tuvieron un trabajo de parto en fase latente de aproximadamente seis a nueve horas, 4 mujeres y 1 mujer menciona sentir dolor por tres días del total de las entrevistadas, 12 señalaron la atención del personal que la atención durante el trabajo de parto como buena .

2.2 Parto Humanizado

2.2.1 La Salud Reproductiva en la Mujer:

Vasconcelos-Moura, Fernandes e-Silva, Santos, & de Araújo-Silva,(2014) Refieren que la salud de la mujer ha sido una temática en discusión a lo largo de varias décadas, los programas de salud pública contemplan las acciones que serán ejecutadas por los profesionales involucrados con la asistencia a la salud de la mujer, valorando el modo intervencionista, medicalizado e institucionalizado de tratar o cuidar de la salud. En nuestro país la Salud Reproductiva, es reconocida como un derecho en la mayoría de los países del mundo, ya que promueve que las personas puedan gozar de una vida sexual, segura y que decidan cuando y cuántos hijos desean tener.

Flores & Soto, (2007) En este sentido supone el derecho de hombre y mujer de estar informados, acerca del funcionamiento de sus propios cuerpos, que no solo se refiere a la planificación de la familia, como se entendía en los años sesenta, sino que tiene un campo de acción mucho más amplio que rebasa la esfera biológica y se relaciona con los valores, la cultura y la realización personal de cada ser humano hoy día la salud reproductiva se refiere a un continuo que empieza antes de la concepción, incluye la educación a temprana edad, abarca el desarrollo del adolescente y pasa por el período de la fecundidad y la reproducción hasta que, en la mujer, desemboca en la menopausia y el climaterio y, en el hombre, en la andropausia.

En el plano colectivo, es parte integrante del desarrollo sostenible de un país y se basa en los derechos y deberes humanos individuales y sociales. Incluye, aparte de la planificación de la familia, la educación sexual, la maternidad sin riesgo, el control de las enfermedades de transmisión sexual, la atención a las complicaciones del aborto en condiciones de riesgo, la incorporación de la perspectiva de género y la atención de todas las necesidades relacionadas con la reproducción de la especie humana y el cultivo de su potencial; estos cambios que son la génesis del pensar

humanizado trasciende que los servicios de salud deben de dar respuestas del actuar en la atención de la salud reproductiva de la mujer, por ello la (OMS) Organización Mundial de la Salud, establece en un grito a las Naciones, un trato humano basado en la equidad en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), tomando como punto de partida la definición de salud establecida por la (OMS), Organización Mundial de la Salud se redactó la siguiente definición: “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos (OMS, 2003, pág. 64).

En consecuencia, la salud reproductiva, entraña la capacidad de disfrutar, de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (OPS, 1998).

(OPS, 1998, pág. 213) En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”.

2.2.2. La situación social de la mujer en la reproducción humana:

Turner Barragán, (2011) En 1997, en América Latina y el Caribe 209 millones de personas vivían en la pobreza y, de ellas, 98,3 millones eran indigentes. El desglose por zonas geográficas muestra que 135 millones de pobres viven en áreas urbanas y 73,9 millones en comunidades rurales. Frente a este panorama de pobreza, se destaca la importancia de la educación y su influencia en la salud. A medida que su nivel educacional mejora, la mujer acrecienta su aportación a la economía de la familia. Muchas optan por planificar su familia y así ofrecer más oportunidades a menos hijos, en nuestro país (Turner Barragán, 2011).

Un problema importante en materia de salud de las mujeres es la mortalidad materna, con una tasa de mortalidad vinculada con problemas durante el embarazo se ha reducido, pero sigue siendo alta. Como lo muestra el gráfico, entre los años 1990 y 2010, dicha tasa pasó de 89 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos a 48. Una reducción significativa (Moctezuma, Narro, & Orozco, 2014).

En la “Cumbre del Milenio” organizada por la (ONU) Organización de las Naciones Unidas en el año 2000, México se propuso reducir en dos terceras partes la cifra de decesos maternos ocurridos en 1990. Dicha meta implicaría alcanzar una tasa de alrededor de 30 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, en 2015 (ONU, 2000). Por ello se instrumentaron diversos programas y campañas sanitarias dirigidos a reducir la tasa de muertes entre los que destacan la creación del “Programa Embarazo Saludable” del Seguro Popular de Salud, el “Programa Arranque Parejo en la Vida” (APV), el Convenio Interinstitucional entre la SSA, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y el “Programa de Rescate Obstétrico y Neonatal, el Tratamiento Óptimo y Oportuno” (PRONTO), entre otros.

La gran meta de todos los cambios y reformas en el campo de la salud es el desarrollo humano basado en la equidad. La marginación de personas por razones étnicas, económicas y geográficas a menudo ha impedido el acceso de una gran

parte de la población a los servicios de salud, con repercusiones negativas considerables. La mejora de esta situación tan solo en la mortalidad materna podría reducirla en más de 50%. Asimismo, se ha tomado conciencia de que en los resultados directos de la mala salud reproductiva se han desperdiciado incontables recursos. Basta con considerar las consecuencias de la violencia doméstica y sexual, los embarazos de adolescentes, los abortos en condiciones de alto riesgo y las tasas de mortalidad materna e infantil inadmisiblemente altas. Todo ello indica que no se puede esperar más para entrar en acción (Moctezuma, Narro, & Orozco, 2014).

2.2.3. La atención del parto en la mujer embarazada en las instituciones de salud:

Lazcano-Ponce, y otros, (2013) Mencionan que la cobertura de atención de parto en unidades médicas del Sistema Nacional de Salud, en Chiapas, se estimó en 60.5% para ese mismo año. Los Estados de Nayarit (87.8%), Guerrero (91.2%), Durango (92.5%), Oaxaca (92.6%) y Puebla (93.4%) también tuvieron coberturas de atención del parto en unidades médicas menores al promedio nacional.

Por otro lado, hay estados de la República donde la cobertura es total o muy cercana al 100% (Distrito Federal, Nuevo León y Yucatán), así como las derechohabientes a la seguridad social (IMSS) Instituto Mexicano del Seguro Social, (ISSSTE) Instituto de seguridad y servicio social de los trabajadores del estado. (PEMEX)Petróleos Mexicanos, (SEDENA)Secretaria de Defensa Nacional, (SEMAR)Secretaria de Marina Armada de México, han alcanzado las coberturas más altas de atención médica del parto, con cerca de 99%, aunque esta también se ha incrementado considerablemente, entre 2006 y 2012, en mujeres adscritas al Seguro de Protección Social en Salud (SPSS), con cerca de 97%. Asimismo, son los médicos el tipo de personal de salud que predomina en la atención del último parto en los cinco años previos, en el Sistema Nacional de Salud, Llama la atención, sin embargo, que cerca de 558 800 partos no fueron

atendidos en instituciones de atención médica y que, de acuerdo con la (ENSANUT 2012,) Encuestas Nacionales de Población y Nutrición. Cerca de 241 000 partos fueron atendidos en casa. Asimismo, de estos eventos obstétricos fuera de instituciones de seguridad social y privados, aproximadamente la mitad fueron atendidos por médicos, pero una cifra no despreciable fue asistida por otros profesionales de la salud; de hecho, uno de cada tres partos fueron atendidos por parteras empíricas tradicionales (168 000) o parteras profesionales (85 000) (Lazcano-Ponce, Schiavon, & Uribe-Zúñiga, obertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna, 2013).

El Consejo Nacional de Población (CONAPO)(2011). Realiza una razón de estimación de muertes maternas (RMM) Razón de Mortalidad Materna, en la atención del parto de los años 2010-2050 la (RMM) Razón de Mortalidad Materna, que esta disminuye a 39.9 para el mismo año. Donde se analiza un contrastes en las entidades federativas del país, en particular, con la estimación preliminar la diferencia en la (RMM) Razón de Mortalidad Materna entre Guerrero (88.1) y Baja California Sur (10.1) indica que el riesgo de muerte materna de las mujeres guerrerenses es 8.7 veces mayor que la de las mujeres de Baja California Sur. Otras cifras que contrastan son las de los estados de Tlaxcala (77.9) y Oaxaca (73.5), en contraposición con las de Querétaro (24.4) y Sonora (28.3), que son de las más bajas. Esta misma tendencia se mantiene con la estimación más reciente de la (RMM) Razón de Mortalidad Materna entre Guerrero y Baja California Sur aunque con razones menores (71.0 vs 8.4); no obstante, después de Tlaxcala (67.3) el DF ocupa el tercer lugar con la mayor (RMM) Razón de Mortalidad Materna (59.9), en tanto que Querétaro (21.3) y Sonora (22.9) permanecen con valores pequeños. (Lazcano-Ponce, Schiavon, & Uribe-Zúñiga, obertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna, 2013).

La (RMM) Razón de Mortalidad Materna en México ha ido disminuyendo a través del tiempo, existe una tendencia general de 1990 a 2012 (hasta el 26 de

diciembre), y su proyección hacia 2015. Se proyecta, una lenta disminución en la (RMM) Razón de Mortalidad Materna en la década de los noventa, y posteriormente un descenso más acentuado en los últimos años, que ha sido resultado de diversas políticas públicas encaminadas para su disminución hasta alcanzar un valor de 39.9 de acuerdo con las últimas estimaciones sobre los nacimientos efectuadas por (CONAPO) Consejo Nacional de Población 2010-2050, asimismo, se plantea, que 44.5% de las 971 defunciones maternas en México para el año 2011. Lazcano-Ponce, Schiavon, & Uribe-Zúñiga,(2013) obertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna, se notificaron en unidades médicas de la Secretaría de Salud; 123 (12.6%) muertes ocurrieron en el hogar y 27 (2.8%) en la vía pública, lo que indica la persistencia de barreras diversas al acceso oportuno a la atención obstétrica para muchas mujeres y a la alta frecuencia de muertes en el postparto inmediato que suceden debido a la reducción del tiempo de hospitalización y al deficiente seguimiento de las mujeres en el postparto, entre otros factores.

2.2.4. Las Inequidades en la atención del parto en México:

Medina, G. (2009) Menciona que en este mundo en vertiginosa evolución, proteger la vida y la dignidad humana exige esforzarse por lograr un consenso y establecer normas universales de comportamiento basadas en el desarrollo de derechos humanos de la mujer embarazada, esta parte medular es lo que nos motiva en la investigación realizada , si se cumple con un cuidado de enfermería con practica humanizada y de calidad, ya que por tradición en nuestro país, la violencia obstétrica siempre ha estado presente. Silvestri, 2016, pág. 21), Nos menciona que configura a la violencia obstétrica física cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto de bajo riesgo, también configura a la violencia obstétrica psíquica cuando Incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir

asesoramiento, o requiere atención en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones del personal de enfermería.

Medina, G. (2009). Identifica como omisión configurativa de la violencia obstétrica la falta de anestesia, que es una de las conductas o misivas más frecuentes; la omisión de información sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas; la omisión de intimidad y la omisión de consideración de las pautas culturales.

Las cifras reveladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), (citado por Bourbotte, S. & Santiago, L. 2012) indican que en Argentina el índice de episiotomías es del 87% y el de cesáreas 22,8% en el sector público (aún mayor en el sector privado), cuando las recomendaciones del organismo son de 30% y de 15% respectivamente. Aunque la (OMS) Organización Mundial de la Salud, indica que la episiotomía (incisión para ampliar la abertura vaginal), la inducción del parto, la administración por rutina de analgésicos o anestésicos y las cesáreas sólo deben realizarse para corregir o evitar una complicación en el parto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó que en muchos casos se practica como una obligación cuando debería ser una elección.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996), (citado por Uranga, A. 2010) define al parto normal, como aquel comienzo espontáneo de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. Massari, (2014) Argumenta que el niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones. “En el parto de bajo riesgo deben existir razones muy válidas para interferir con el proceso natural”.

Medina G (2009), Identifica como omisión configurativa de la violencia obstétrica la falta de anestesia, que es una de las conductas o misivas más frecuentes; la omisión de información sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas; en una investigación reportada por (CONAMED) Comisión Nacional de Arbitraje Médico en el 2004, se muestran las expresiones que refirieron las mujeres en el puerperio durante la atención del parto que son: a) brusquedad y frecuencia con la que se realizan procedimientos rutinarios: tacto, episiotomía y episiorrafia sin anestesia, canalización de vías vasculares y anestesia epidural; y b) aventones de piernas, golpes con la mano o utilización de alguna parte del cuerpo para causar daño físico a la mujer; además reportaron abuso verbal a partir de expresiones y manifestaciones de burla, sometimiento y amenazas, comentarios denigrantes y sexistas, que hacen alusión a aspectos de la vida erótica de la mujer; asimismo la ausencia de información y del consentimiento informado para realizar algunas maniobras y abandono de la mujer durante el proceso del trabajo de parto. Esto significa que la mayoría de las mujeres entra en contacto con el modelo médico dominante en la región, este modelo tiene varias implicaciones, entre las que resaltan, una relación médico-paciente jerarquizada y de subordinación, una visión medicalizada del proceso de atención del parto, que deriva en procedimientos rutinarios que se aprenden durante la formación académica y aplican sin cuestionamientos en los hospitales y sin evidencia científica sólida, como las episiotomías rutinarias.

Este modelo de atención, ha sido motivo de denuncia y movilizaciones desde la década de los 60', en diferentes partes del mundo; sobre todo las organizaciones feministas han recopilado experiencias de mujeres, que señalan violación de sus derechos humanos y reproductivos, en distintos momentos de la atención prenatal y específicamente en la atención del parto; también un reflejo de enorme inequidad en la atención del parto, se debe a las determinantes sociales propios de áreas marginadas y rurales en México es la existencia de muchas unidades

médicas sin capacidad estabilizadora ni resolutive ante una emergencia obstétrica.

Este fenómeno se ve reflejado en las muertes maternas ocurridas en la vía pública, implica a destiempo la atención de una complicación, lo que incrementa la posibilidad de una muerte materna durante el envío a otra unidad médica no sólo por inadecuadas condiciones de traslado, sino también por falta de competencias profesionales para efectuar intervenciones básicas de atención obstétrica y para la toma de decisiones médicas para la canalización oportuna.

2.2.5 El humanismo en la atención del parto por los profesionales en salud:

Cáceres-Manrique & Nieves-Cuervo, 2017,(pág. 129) Mencionan que a atención humanizada del parto (AHP) comprende el cuidado de la gestante a partir de la observación de una serie de atributos con el fin de permitirle la vivencia satisfactoria del trabajo de parto de bajo riesgo, Entre dichos atributos se cuentan: respetar la fisiología del parto; intervenir solo lo necesario; identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de la gestante; brindarle apoyo emocional; darle poder de decisión, y garantizar su autonomía y privacidad. Con el avance del conocimiento y la tecnología se han establecido guías y protocolos, además de las condiciones necesarias para atender a la gestante durante el trabajo de parto, garantizando una (AHP) Atención Humanizada del Parto de bajo riesgo.

Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lideró la Declaración de Fortaleza en 1985, revisada en 1992, que indica que: “la mujer tiene derecho a atención prenatal adecuada y a participar en la planificación, ejecución y evaluación de la atención” (Nieto, 2017), (UNFPA, 2014).

En 1996, la OMS (Organización Mundial de la Salud) publicó la Guía de Atención del Parto de bajo riesgo,(GPC) en la que establece que durante el trabajo de parto y parto, las mujeres tienen derecho a tomar decisiones acerca de su

cuidado, a estar acompañadas, a tener libertad de movimiento y posición, a tomar líquidos y alimentos, a que no se les practique de rutina: episiotomía, rasurado, enema ni monitoreo fetal electrónico; así como a recibir analgesia y a limitar el número de cesáreas (Moore, 1985).

García en el (2011) cita a Chalmer, (1990) que los derechos universales de la mujer en edad fértil, se sustenta que la inequidad y la violencia de género impactan la maternidad, y recomienda considerar aspectos biopsicosociales. Cáceres etall (2017) Menciona que a pesar de los anteriores acuerdos, los derechos de las mujeres se ven vulnerados por las conductas de quienes las atienden, tanto por la revisión repetitiva de sus órganos genitales sin su consentimiento, como por la exhibición a la que se ven obligadas en las salas de partos. García etall (2013) cita que es frecuente la falta de sensibilidad ante el dolor o el hecho de silenciar, insultar o hacer burlas en la paciente en trabajo de parto. Así como la realización de exámenes e intervenciones que tienen efecto limitado o nulo sobre los desenlaces fetales y maternos.

2.2.6. La Calidad del cuidado de enfermería en la atención del parto:

El 6 de enero de 2005 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la resolución por la que se modificó la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993), que busca disminuir los daños obstétricos y los riesgos para la salud de las mujeres y de sus hijos en el marco de la atención del embarazo, el parto y el puerperio. Esta norma pone énfasis en la realización de actividades preventivas de riesgos durante el embarazo, así como la racionalización de ciertas prácticas que se llevan a cabo de forma rutinaria y que aumentan los riesgos, porque son innecesarias (NOM-007-SSA2-1993, 2016).

Méndez, (2002) Menciona la importancia de modificar las condiciones de comodidad y dignidad para la madre, y también que dichas modificaciones sean adecuadas para el personal médico, que no afecten los elementos de seguridad e higiene, ni el marco normativo de la atención del parto. (Méndez, 2002), informe

anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General) (NOM-007-SSA2-1993, 2016).

La coalición para mejorar los servicios para la maternidad (CIMS), promueve un modelo de bienestar en los cuidados para la maternidad que mejore los resultados del parto y reduzca significativamente los costos, alienta que exista compañía para la mujer durante el trabajo de parto y el parto; sin embargo, en nuestro entorno no todas las instituciones gubernamentales cuentan con la infraestructura para que se lleve a cabo esta iniciativa bajo el nombre de atención del parto humanizado considerando: Alentar el uso de métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, respetando las preferencias de la mujer. Alentar a la mujer a que se mueva durante el trabajo de parto, y elija la posición que desee durante el parto. Atención que no incluye procedimientos invasivos, al menos de manera rutinaria (rasurado, enemas, soluciones intravenosas, amniotomía, analgesia obstétrica o monitoreo fetal continuo), intervenciones que serán selectivas de acuerdo a cada paciente y bajo el criterio médico, La iniciativa de Parto amigable para la Madre. CIMS(2013).

El Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (pro igualdad) y el Programa Sectorial de Salud 2014-2018 (PROSESA), señalan en sus líneas de acción en la Guía de Práctica clínica de la Secretaría de Salud en México (GPC, 2014):

A) Vigilancia y Atención.

Momento para hospitalizar a la paciente embarazada para atención de trabajo de parto en fase activa: Se han definido como criterios de admisión en maternidades hospitalarias la actividad uterina regular (contracciones de 2 a 4 en 10 minutos), acompañadas de dolor abdominal en hipogastrio y cambios cervicales (borramiento cervical > 50% a 80% y dilatación de 3 a 4 cm), donde se recomienda que deben hospitalizarse las pacientes para vigilancia y atención de parto cuando presenten: Contracciones uterinas de 2 a 4 en 10 minutos, dolor abdominal en hipogastrio. y

que además cuando se ingrese la paciente durante la primer etapa del trabajo de parto, el obstetra o personal de salud calificado deberá realizar la historia clínica y documentar en el expediente médico lo siguiente: 1) Diagnóstico, 2) Plan de manejo, 3) Consentimiento de hospitalización, 4) Partograma, 5) Vigilancia estrecha de: a) Actividad uterina), Foco fetal, c) Evaluación de dilatación cervical, d) Pérdidas de líquidos vaginal, e) Información de métodos para el control del dolor y cuando la paciente esté en condiciones de pasarla a sala de expulsión.

El resultado de esta práctica será de calidad ya que el profesional de la salud, con base en la valoración obstétrica, indicará el tiempo de revaloración, considerando: Estado clínico de la paciente (si se encuentra inquieta o con mucha ansiedad), es necesario buscar la accesibilidad a las unidades de salud más cercana como son los hospitales de segundo nivel.

B) Atención a la paciente en fase activa del trabajo de parto (calidez acompañamiento y líquido orales y parenterales)

Una comunicación de calidad, entre las pacientes y los profesionales responsables de su cuidado influye, de manera positiva sobre la percepción del parto, tanto en las mujeres como en sus familias. El personal de enfermería se le recomienda apoyar en disipar los miedos, dudas a las paciente, infundiéndoles , seguridad, proporcionar una información amplia y detallada, atender el bienestar físico y emocional, estar disponible, mostrar comprensión, apoyo y respeto, procurar intimidad y permanecer en un segundo plano. Además, contribuyen, de manera decisiva, a la satisfacción de la experiencia del parto Se ha identificado la relación entre los estados emocionales maternos positivos y negativos y los resultados obstétricos, encontrando que el estado de ánimo positivo y la estabilidad emocional durante el embarazo y parto se asocian con tener un parto natural, la información y atender con calidez a las pacientes mejora su percepción y fomenta su cooperación durante los procedimientos; asimismo, disminuye el estrés en ellas y familiares, la guía recomienda también que es importante favorecer estados emocionales positivos en la mujer embarazada y la parturienta, tratándolas de manera individualizada, con respeto y afecto, asegurando su entendimiento y aprobación de

los procedimientos en todo momento: 1) Saludar a la mujer por su nombre y mírela a los ojos. 2) Evite que la paciente se sienta observada o enjuiciada. 3) Evitar usar lenguaje técnico mientras explica, procure adecuarse al contexto sociocultural de la paciente. 4) asegurarse de preguntar a la paciente sus expectativas sobre el desarrollo del nacimiento de su bebé. 5) Ofrecer información a la paciente y acompañantes de manera comprensible y pertinente. 6) Informar, a la paciente los procedimientos que está realizando. 7) Respetar la privacidad y pudor de las mujeres, así como sus expresiones emocionales y culturales. 8) Escuchar y atender las necesidades emocionales de la mujer. 9) Ofrecer información a la paciente y acompañantes de manera comprensible y pertinente, 10) Informar a la paciente los procedimientos que está realizando, 11) respetar la privacidad y pudor de las mujeres, así como sus expresiones emocionales y culturales, 12) Escuchar y atender las necesidades emocionales de la mujer, 13) Brindar un entorno tranquilo, cómodo y seguro para la madre y el recién nacido, 14) Evitar la expresión de frases humillantes, maltrato, infantilización, intimidación, regaños y violencia de cualquier tipo, 15) Disipar ideas erróneas y muestre en todo momento; apoyo, comprensión, respeto y confianza en la capacidad de la mujer de afrontar el parto, 16) Siempre durante el proceso obtener el consentimiento verbal de la paciente antes de realizar cualquier procedimiento o examen, 17) Si propone una exploración con fines docentes o si esta será repetida por profesionales en formación, explique a la paciente y solicite su permiso. Los resultados de un acompañamiento continuo favorece la detección de complicaciones o signos de alarma de manera temprana, lo cual es un elemento importante para su atención oportuna. Los efectos son también más sólidos cuando el apoyo comienza al inicio del proceso del trabajo de parto. Por lo que se debe procurar el acompañamiento psicoafectivo continuo durante todo el trabajo de parto, de acuerdo a las condiciones del servicio, ya sea de personal hospitalario, (puede incluir personal en formación), profesional extra hospitalario y un familiar, si fuera posible.

En cuanto a la infusión de soluciones, no se recomienda la administración rutinaria de soluciones periféricas intravenosas, durante el trabajo de parto en pacientes de

bajo riesgo debido a que no existe fuerte evidencia sobre el beneficio de su uso; se debe evitar además el uso de soluciones glucosadas, ya que pueden poner en riesgo a la madre y al recién nacido por el desarrollo de hiponatremia y sus consecuencias. En una revisión sistemática de Archie Cochrane (Epidemiólogo Británico), que incluyó 3130 pacientes, se analizó el grupo con ingesta de líquidos o alimentos en trabajo de parto y un grupo control con restricción, en donde se observó que no existieron diferencias estadísticamente significativas en: Cesárea RR 0.89 (IC 95% 0.63 a 1.25), parto vaginal RR 0.98 (IC 95% 0.88 a 1.10), Apgar menor de 7 a los 5 minutos RR 1.43 (IC 95% 0.77 a 2.68).

En una revisión sistemática de Cochrane en la que se incluyeron 1781 pacientes, compararon a mujeres que recibieron 250 ml/h de Ringer Lactato, y 150 ml por vía oral, encontrando: Disminución en el tiempo de trabajo de parto –en el primer grupo (IC 95% -47.41 a -10.30), no se observó diferencia significativa en el número de cesáreas RR 0.73 (IC 95% 0.49 a 1.08), parto vaginal.

En otros tres estudios se compararon mujeres que recibieron 125 ml/h vs 250 ml/h en ambos grupos ingesta de líquidos a libre demanda, se observaron los siguientes hallazgos: MD 23.87 minutos (95% 3.72 a 44.02), no diferencias significativas en cesáreas RR 0.47 (IC 95% 0.27 a 0.81).

Dos estudios compararon salina 0.9% vs dextrosa 5%. En uno de los estudios se observó hiponatremia neonatal RR 0.40 (IC 95% 0,17 a 0,93); en el otro estudio se reportó hiponatremia materna con una concentración de sodio sérico < 135 mmol/l en el grupo de dextrosa al 5%. Estos resultados deben de interpretarse con cautela ya que los grupos eran heterogéneos. Dado que la evidencia no muestra beneficios ni daños, no existe justificación para la restricción de líquidos pudiendo las mujeres elegir libremente tomar agua o líquidos claros durante el trabajo de parto

C) Conducción del trabajo de parto: Indicaciones para conducción de trabajo de parto: Se trata de definir lo que es la dilatación estacionaria, ante una actividad

irregular uterina del progreso de la paciente durante el trabajo de parto, por lo que se pone en evidencia que la inducción, conducción y contraindicaciones de la conducción se toma, en cuenta las condiciones del cérvix para conocer las posibilidades de éxito a través de la puntuación de Bishop).

En caso de indicarse, se deberá realizar con dosis controlada Si el trabajo de parto no evoluciona normalmente (modificaciones cervicales en 2 horas), está indicado el manejo activo del mismo, con (amniotomía) ruptura artificial de las membranas amnióticas. u oxitócicos la oxitocina está indicada en el trabajo de parto estacionario, bajo monitorización continua, en dosis de 2 a 5 miliunidades por minuto; la oxitocina puede utilizarse diluyendo 10 Unidades en 1000 ml de solución fisiológica lo que equivale a 10 miliunidades por un ml, recomendando iniciar con medio mililitro por minuto (5 a 10 miliunidades), existen contraindicaciones del uso de oxitocina para la inducción o conducción para finalizar el embarazo siendo las más reconocidas: 1)Embarazo normal y feto pretermino, 2)Antecedente de cesárea corporal o de ruptura uterina previa, 3)Cirugía uterina previa, 4) Macrosomía, 5)Placenta previa,6)Sufrimiento fetal, 7) Desprendimiento de placenta.

D) El uso de enemas evacuantes durante el trabajo de parto: Se menciona en la guía de práctica clínica que para fundamentar la práctica, se efectuaron tres ensayos controlados estudios aleatorizados (ECA) incluidos en un meta análisis indican que los enemas no tienen un efecto considerable sobre las tasas de infección en la herida perineal u otras infecciones neonatales, ni sobre el bienestar de las mujeres. No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de infección en el puerperio RR 0.66 (IC 95% 0.41 a 1.04), ni en la presencia de infección neonatal RR 1.12 (IC 95% 0.76 a 1.67), después de un mes de seguimiento. Por lo que recomiendan no utilizar enemas evacuantes de manera rutinaria, y que esta solo se debe realizar por indicación médica siempre y cuando se encuentre la evidencia de ámpula rectal llena detectada en la exploración clínica, está justificada la realización de enema evacuante, ya que es incómoda y con altas probabilidades de que durante el pujo interfiera en la atención del periodo expulsivo.

E) La realización de tricotomía, durante el trabajo de parto: El rasurado perineal se ha venido realizando en la creencia que disminuye el riesgo de infección y que era necesario para facilitar la sutura de la episiotomía, sin embargo, este ocasiona erosiones cutáneas que pueden generar colonización de microorganismos. No existen pruebas suficientes en relación con la efectividad de la tricotomía en la atención del parto, reportando menor colonización bacteriana por Gram negativos en las mujeres en las que la tricotomía no fue realizada, por lo que la norma, establece evitar el rasurado perineal (tricotomía) ya que no tiene beneficios y causa molestia, como irritación, enrojecimiento, múltiples rasguños y ardor de la vulva. La tricotomía durante el trabajo de parto solo se realizará en algunos casos por indicación médica e informando a la paciente.

F) La instalación de sonda para vaciamiento vesical:

En pacientes con bloqueo epidural se disminuye la sensación de orinar, por lo que puede presentarse retención urinaria. No existen estudios relevantes relacionados con el cuidado de la vejiga en la atención del trabajo de parto, la enfermera siempre realizara cuidados para, favorecer la micción espontánea ya que el sondeo vesical es molesto y no se recomienda de manera rutinaria. Ante la sospecha de retención urinaria si la paciente no orina de manera espontánea, se recomienda el vaciamiento de la vejiga, ya que la vejiga vacía favorece el descenso de la presentación en el trabajo de parto.

G) Utilidad del parto grama en la atención del parto.

El partograma ha sido anunciado como uno de los más importantes avances en la atención obstétrica moderna. En diversos metas análisis no se observan coincidencias de efectos benéficos del partograma sobre el trabajo de parto con el uso de oxitocina, tasas de sepsis postparto y tasas de cesáreas; solo favorece el índice de partos espontáneos. La revisión continua de la contractibilidad uterina permite una intervención temprana en un progreso lento o cese en el trabajo de

parto. A pesar de la falta de evidencias suficientes sobre la utilidad del partograma, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera una de las herramientas más importantes para el monitoreo en la atención obstétrica moderna y aboga por su uso universal para la buena gestión del trabajo de parto. A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se elaborará, en su caso, el expediente médico, la historia clínica y el partograma incluyendo frecuencia de contractibilidad uterina (frecuencia, duración e intensidad, cada 30 minutos).

H) Dilatación del cérvix y ampliación manual del periné

No existen evidencias que sustenten la maniobra de dilatación del cérvix, conocida como “darle cuerda”, que puede ser riesgosa y es practicada en múltiples servicios de salud en México. No existen evidencias que sustenten las maniobras manuales para ampliar el periné y pueden ocasionar edema bulbar. No está sustentado de manera suficiente recomendar la utilidad de la dilatación manual del cérvix.

I) La Utilidad de la monitorización fetal en el trabajo de parto:

No se recomienda el monitoreo continuo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal en embarazos de bajo riesgo, ya que se incrementa el número de cesáreas y partos instrumentados. En su lugar se recomienda la auscultación intermitente (con Pinard, monitor o doptone) de la frecuencia cardíaca fetal en embarazos de bajo riesgo posterior a la contracción uterina, cada 30 minutos. No se aconseja el uso generalizado de la cardiotocografía externa en embarazos de bajo riesgo; deberá reservarse para embarazos de riesgo alto o para mujeres con progreso anormal del trabajo de parto en los casos en que exista dificultad para auscultar el foco fetal y cuando esté indicado el uso de oxitocina, esta justificación sea encontrado en un meta análisis de estudios clínicos controlados (ECA) sobre monitorización fetal en pacientes que ingresaban a admisión con o sin alto riesgo reportó mayor incidencia de cesáreas por sufrimiento fetal y mayor uso de oxitocina; no hubo diferencias en el número de ingresos de neonatos a la terapia intensiva; Algunos estudios no han mostrado la utilidad de la monitorización fetal cuando se realiza de manera generalizada en todas las embarazadas con trabajo de parto. Las comparaciones

de la cardiotocografía fetal (CTG) continua, vs intermitente no tuvieron el poder suficiente para detectar diferencias entre los grupos con o sin monitorización. La posición de la madre durante el monitoreo fetal puede afectar fuertemente el patrón de la frecuencia cardíaca fetal debido a la compresión de los grandes vasos, por ello se sugiere monitoreo electrónico de la FCF intraparto en las siguientes situaciones: a) Trabajo de parto prolongado, b) Conducción de trabajo de parto (uso de oxitocina), C) Dificultad de auscultación de foco fetal, a la vez se recomienda en los hospitales que toda paciente en trabajo de parto, se requiere la existencia de criterios técnico médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido.

La auscultación del foco fetal puede hacerse por estetoscopio de Pinard, o Doptone; el uso de la (CTG) Cardiotocografía continua, en lugares de escasos recursos no se recomienda; en su lugar puede utilizarse una combinación de (CTG) Cardiotocografía intermitente o auscultación intermitente con un estetoscopio de Pinard, y como parte final resolutive. Si se efectúa monitoreo fetal, siempre debe hacerse en decúbito lateral izquierdo en posición sentada o en media posición vertical.

J) Periodicidad de la evaluación del estado fetal y materno en trabajo de parto

En la vigilancia del trabajo de parto la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, deben llevarse a cabo entre 30 a 60 minutos máximo, es importante señalar que el método de elección para vigilar el bienestar fetal durante un trabajo de parto de bajo riesgo, es la auscultación intermitente; solo cuando existe un mayor riesgo el monitoreo electrónico continuo es de elección para el seguimiento de las condiciones fetales, por ello el partograma de evolución del parto, registrarán, la frecuencia cardíaca fetal y la evolución del trabajo de parto por lo menos cada media hora, en el partograma hasta el periodo expulsivo. La guía clínica señala los eventos adversos que pueden presentarse como el riesgo, de infección, que se incrementa en el número a los tactos vaginales, sobre todo si existe ruptura prematura de membranas que es el factor más importante para

infección materna y neonatal, se señala las evidencias encontradas para justificar la práctica de tacto vaginal , de acuerdo a Cochrane con relación a la comparación de exámenes vaginales cada 2 o 4 horas, no se encontraron diferencias en el uso de analgesia epidural, cesárea, parto espontáneo, parto instrumentado, ni sobre infecciones neonatales o maternas , concluyendo que en la fase activa del trabajo de parto, se realizará tacto vaginal cada 2 horas bajo estrictas condiciones de antisepsia (lavado de manos), con guantes estériles para identificar el progreso del mismo, y cuando es necesario realizarlo es necesario mantener la privacidad, dignidad y comodidad a la mujer, explicándole la razón de realizar la exploración vaginal y sus hallazgos, además de que el personal que realice el tacto no debe de tomar actitud violenta o represora ante pacientes con dolor obstétrico por trabajo de parto con umbral al dolor bajo, por el contrario, deberá ofrecer apoyo para el control del dolor y dar confianza en su atención.

K) Utilidad de la movilización en el proceso del trabajo de parto:

Se recomienda que en la primera etapa de la fase activa, y bajo vigilancia hospitalaria del parto la paciente camine, ya que reduce la duración del trabajo de parto y no parece estar asociado con efectos adversos en la madre y en el recién nacido, por lo que se debe alentar, el período diletante del trabajo de parto ayudando a las pacientes , incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo de dilatación y a moverse, si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo, siempre y cuando no exista contraindicación médica. Esto disminuye el tiempo de trabajo de parto y la medicalización excesiva, como antecedentes para la toma de normativa se evidencia en una revisión sistemática realizada por Cochrane, los autores concluyeron que el periodo diletante del trabajo de parto puede ser aproximadamente una hora más corto para las mujeres que mantienen la posición vertical y caminan, y que tienen más probabilidades de recibir menos analgesia epidural, debido a que la revisión no encontró ningún efecto adverso asociado con la permanencia en la posición vertical.

L) Procedimientos para el control del dolor en trabajo de parto:

El dolor del parto supone una preocupación para muchas mujeres y la mayoría requiere algún tipo de alivio para el dolor. La atención humanizada a las mujeres durante el trabajo de parto incluye la mejora de las condiciones para que el mismo se pueda vivir de manera digna. El dolor del parto supone una preocupación para muchas mujeres y ya se cuenta con diversas estrategias no medicalizadas que ofrecen mejora y control del dolor obstétrico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala:

- Evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto.
- Para el manejo del dolor se deben usar preferiblemente métodos no farmacológicos, como la deambulaci3n, cambiar de posici3n, masajes, relajaci3n, respiraci3n, acupuntura y otros.

Evitar la analgesia epidural como un m3todo de rutina para calmar el dolor. Preferir la anestesia espinal/epidural a la anestesia general en la ces3rea; en el control prenatal se debe informar y preparar a la futura madre de las causas del dolor durante el trabajo de parto, as3 como de las diferentes estrategias medicalizadas y desmedicalizadas para su manejo, explicando de forma clara sus ventajas y desventajas ya que se ver3n reflejadas en el momento del parto. La analgesia epidural es efectiva para controlar el dolor durante el parto, en comparaci3n con el placebo y otros m3todos, sin embargo, estas intervenciones no est3n exentas de efectos adversos, incluyendo un mayor riesgo de parto vaginal instrumental y ces3rea cuando hay estado fetal inestable. Se demostr3 En un (ECA australiano) Estudios Cl3nicos Controlados de 274 pacientes en trabajo de parto, el grupo con analgesia obst3trica mostr3 mayor satisfacci3n por el control del dolor en comparaci3n con el grupo sin analgesia obst3trica, otro opini3n del Colegio Americano de Ginec3logos y Obstetras, consideran que para la aplicaci3n del bloqueo epidural no es necesario contar con 5 cm, por lo que se debe de individualizar cada paso para la aplicaci3n de la analgesia obst3trica en la fase activa (4cm o m3s) del trabajo de parto, de acuerdo con el estado cl3nico de la

paciente y tomando en cuenta el umbral del dolor individual siempre y cuando se cuente con el personal calificado para su administración y vigilancia.; se recomienda informar a las mujeres que la analgesia obstétrica es un método eficaz para el alivio del dolor, la cual también tiene efectos secundarios como: hipotensión, retención urinaria, fiebre y puede alargar la etapa de parto, pudiendo incrementar el número de partos instrumentados o asistidos (fórceps). Por lo que el uso de la analgesia obstétrica debe ser acompañado del consentimiento informado. Se recomienda satisfacer, en la medida de lo posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el parto, contando con las condiciones para ofrecer analgesia obstétrica, como otras estrategias desmedicalizadas como lo son los métodos psicoprofilácticos, a través de las posiciones, la respiración y la relajación por lo que la normativa aplicada es no se realizará analgesia obstétrica, de modo rutinario, debiéndose recomendar previa evaluación de cada paciente, dado que, la anestesia regional (bloqueo peridural) retrasa el nacimiento del producto o prolonga la duración del trabajo de parto, aproximadamente una hora. Enfermería proporciona el masaje corporal en pacientes en trabajo de parto puede llevarse a cabo cuando la paciente lo solicite y puede ser útil para el control del dolor obstétrico; como recomendación, se debe individualizar cada caso para la aplicación de la analgesia obstétrica en la fase activa (4 cm o más) del trabajo de parto, de acuerdo con el estado clínico de la paciente y tomando en cuenta el umbral del dolor individual, siempre y cuando se cuente con personal calificado para su administración y vigilancia

II) Amniotomía en trabajo de parto:

Previo estudios de investigación realizados para llevar a practica la amniotomía fueron un meta análisis de con uso de amniotomía y oxitocina en trabajo de parto inicial, se encontró significancia clínica con reducción en la duración del trabajo de parto a 70 minutos, sin embargo no mostró significancia estadística y el que se analizó el uso de amniotomía sola no mostró beneficios, en comparación a la combinación (Amniotomía más oxitocina) , otro estudio de meta análisis con uso de oxitocina más Amniotomía, reportó mayor sangrado y menor satisfacción en

comparación con el uso de prostaglandinas simples. En caso de indicar oxitocina más amniotomía, se debe de vigilar estrechamente la presencia de sangrado y considerar que en el uso de prostaglandinas durante el trabajo de parto no se pueden controlar sus efectos adversos ya establecidos, debiendo ser indicado por personal calificado y bajo vigilancia estrecha. Si el progreso del trabajo de parto no evoluciona con normalidad (modificaciones cervicales en 2 horas) está indicado el manejo activo del mismo con amniotomía y oxitocina. Se recomienda no realizar amniotomía artificial de modo rutinario en trabajo de parto que evoluciona de manera favorable, ya que las pruebas muestran que esto no mejora los resultados ni acorta el tiempo de trabajo de parto, esta se reservara, para mujeres con un progreso anormal del trabajo de parto o sospecha de afección de bienestar fetal. Se puede considerar amniotomía precoz en mujeres con un progreso anormal del trabajo de parto y de preferencia asociada con oxitocina.

M) Posición de la paciente en el periodo expulsivo:

Se considera inicio del segundo periodo del trabajo de parto cuando la paciente se encuentre con 10 centímetros de dilatación, o dilatación completa en este momento, pasar a la paciente a la sala de expulsión, entre varias preguntas que posición se colocara a la paciente, se ha reflexionado en relación con la posición horizontal del parto y la realización de intervenciones rutinarias e innecesarias que generan incomodidad para la mujer y riesgos para la salud materno-fetal.

Se efectuaron estudios de investigación previos, con el propósito de definir los lineamientos normativos, para asegurar la calidad del cuidado en la paciente en la segunda fase del parto; Cochrane realizó un meta análisis respecto a las posiciones en el trabajo de parto, concluyendo que cuando las mujeres tuvieron el parto en posición de litotomía, este fue más doloroso para la madre y causó más problemas con respecto a la frecuencia cardiaca fetal, hubo más mujeres que necesitaron ayuda por parte de los médicos mediante el uso de los fórceps y un mayor número de mujeres a las que se les realizó incisiones en el canal del parto. El estudio sugiere numerosos beneficios potenciales para la posición vertical. No se han demostrado efectos nocivos del parto en posición vertical para la mujer o el feto, por lo que

concluyen que se debe estimular a las mujeres para que tengan su parto en las posiciones más cómodas para ellas, que habitualmente son las verticales. Las posiciones verticales o laterales, comparadas con supina o litotomía, se asocian a una menor duración de la segunda etapa de parto, menos nacimientos asistidos, tasas menores de episiotomías, menor dolor agudo durante la segunda etapa y menos patrones anormales de la frecuencia cardiaca fetal (FCF), sin embargo, también se asocian a un mayor número de desgarros de segundo grado y un mayor número de hemorragias posparto de más de 500 ml. Las mujeres que adoptan posturas de manos y rodillas (cuadrupedia) presentan menor dolor lumbar persistente y encuentran dicha posición como la más cómoda para dar a luz, con menor dolor perineal posparto y con una percepción de un parto más cortó (aunque no hubiera diferencias reales de duración). En mujeres con analgesia epidural, se observa una reducción de la duración del parto en las posiciones verticales (de pie, caminando, de rodillas, en cuclillas o sentada a más de 60 grados de la horizontal) frente a la posición supina durante la segunda etapa del parto.

La posición sentada es un factor protector del trauma perineal y también proporciona más comodidad y autonomía de la madre en el nacimiento. Una revisión de 21 estudios con 3,706 mujeres en la primera fase del parto a las que se asignó al azar adoptar posiciones verticales u horizontal, mostró una reducción del trabajo de parto en posición vertical; igualmente, mostraron menos probabilidades de la necesidad de recurrir a la analgesia epidural. Se recomienda que durante el periodo expulsivo del trabajo de parto, las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda siempre y cuando no exista contraindicación médica fundamentada por escrito, también tomar en cuenta las actividades del personal de salud que atiende a la paciente en trabajo de parto, para no afectar los elementos de seguridad e higiene, ni el marco normativo de la atención del parto. La Secretaría de Salud contempla la atención del parto en diferentes posiciones, para lo cual, a través del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica de la Secretaría de Salud (CENETEC) se diseñaron mesas y bancos ergonómicos para ese fin. Por lo que de contar con el recurso, se podrá ofrecer a la embarazada la opción en caso de que lo solicite,

procurar la atención del parto en posiciones verticales, tomando en cuenta la decisión de la mujer en trabajo de parto, de acuerdo con las condiciones de la unidad hospitalaria y la capacitación del profesional de la salud, siempre y cuando no exista una contraindicación médica.

N) Estrategias para la protección del periné en el periodo expulsivo

La mayoría de los partos vaginales están asociados con alguna forma de trauma en el tracto genital. En una revisión de la Cochrane donde se incluyeron 1525 pacientes; se analizaron diferentes técnicas e intervenciones perineales que se utilizan para prevenir el trauma en esta zona, como los masajes y el uso de compresas calientes, se encontró que el uso de compresas calientes; en el periné se asocia con una reducción de la ocurrencia de traumatismo, reducción de los desgarros de tercer y cuarto grados, RR 0.48 (IC 95% 0.28 a 0.82). Otro estudio incluyó 2147 paciente comparando masaje vs manos alertas, reportando disminución en desgarros de tercer y cuarto grados RR 0.52 (IC 95% 0.29 a 0.94). En el siguiente estudio se incluyó a 6547 pacientes comparando manos alertas vs maniobra de Ritgen reportando disminución en la frecuencia de episiotomía RR 0.69 (IC 95% 0.50 a 0.96). Se recomienda el uso de compresas calientes y masaje perineal durante el segundo periodo de trabajo de parto, ya que disminuyen el riesgo de desgarros de tercer y cuarto grados, así como la frecuencia del uso de la episiotomía.

Ñ) Uso de la episiotomía

Una revisión Cochrane de ocho estudios clínicos con 5541 mujeres mostró que la episiotomía restrictiva resultó en menor trauma perineal severo RR 0.67, (IC del 95% (IC) 0.49- 0.91), menos necesidad de sutura RR 0.71, (IC del 95%: 0.61 a 0.81) y un menor número de complicaciones en la cicatrización RR 0.69, (IC del 95%: 0.56 a 0.85). La episiotomía restrictiva se asocia con mayor trauma anterior perineal RR 1.84, (IC del 95%: 1,61 a 2.10). No hubo diferencias en el traumatismo vaginal / perineal severo RR 0.92, (IC del 95%: 0.72 a 1.18); dispareunia RR 1,02, (IC del 95%: 0.90 a 1.16); La incontinencia urinaria RR 0,98, (IC del 95%: 0.79 a 1.20) o

varias medidas de dolor. Antes de llevar a cabo una episiotomía, deberá realizarse una analgesia adecuada. Esta debe ser, en forma individualizada tiene beneficios cuando se compara con su uso en forma rutinaria. No hay evidencia que el uso rutinario o liberal de la episiotomía tenga efectos benéficos, pero hay clara evidencia que puede tener efectos perjudiciales, la episiotomía individualizada frente a la rutina favorece el número de mujeres con perineo intacto y el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes, además, disminuye la necesidad de reparación y sutura perineal, así como el número de mujeres con dolor a su egreso. La episiotomía debe practicarse solo por personal calificado y con conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la paciente. La técnica recomendada es la episiotomía medio lateral, comenzando en la comisura posterior de los labios menores y dirigidos habitualmente hacia el lado derecho; el ángulo respecto del eje vertical deberá estar entre 45 y 60 grados. (Consultar: GPC Uso racional de la episiotomía. Catalogo Maestro de Guías: SSA-206-09; GPC Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Episiotomía Complicada IMSS-608-13).

O) Maniobra de Kristeller

Entre las maniobras usadas en la segunda etapa del parto, la presión del fondo uterino o maniobra de Kristeller (MK) es una de las más controvertidas. Diferentes estudios se han realizado con respecto a su utilidad y seguridad y, hasta el momento, no se ha identificado ninguna justificación para su uso. En cambio, se ha relacionado dicha maniobra con un aumento en el riesgo de ruptura uterina y daños al recién nacido. En una revisión Cochrane de 2009 en la que se incluyeron 500 pacientes, se observaron los siguientes resultados: 1) No diferencias significativas en parto instrumentado RR 0.94 (IC 95% 0.80 a 1.1). 2) Apgar menor a 7 a los 5 minutos RR 4.62 (IC 95% 0.22 a 95.68). 3) pH bajo en sangre arterial de cordón umbilical RR 0.47 (IC 95% 0.09 a 2.55). 4) Admisión a UCIN RR 1.48 (IC 95% 0.49 a 4.45). 5) Incremento en el riesgo de desgarros perineales RR 1.73 (IC 95% 1.07 a 2.77). 6) Desgarras anales RR 15.69 (IC 95% 2.10 a 117.02). Se considera que la MK no acorta la duración de la segunda etapa del parto, no incrementa la tasa de partos

vaginales espontáneos, ni reduce la tasa de parto instrumental, ni reduce la tasa de cesáreas. Lo anterior coincide con un ensayo clínico aleatorizado (2009) que pretendía determinar el efecto de la realización de la MK sobre el acortamiento de la segunda etapa de Trabajo de Parto.

En la(GPC)Guía Práctica Clínica sobre la Atención al Parto de bajo riesgo del Ministerio de Sanidad se concluye que: "No hay pruebas del beneficio de la maniobra MK realizada en la segunda etapa del parto y además existen algunas pruebas, aunque escasas, de que dicha maniobra es un factor de riesgo de morbilidad materna y fetal, por lo que se considera que su realización durante la segunda etapa del parto debe limitarse a los protocolos de investigación diseñados para evaluar su eficacia y seguridad para la madre y el feto. Esta maniobra no incrementa la tasa de partos vaginales espontáneos ni reduce la tasa de parto instrumental" y es ineficaz en la reducción de la duración de la segunda etapa del trabajo de parto. Por la falta de beneficios reportados en las evidencias médicas y por el incremento en el riesgo de desgarres perineales y anales, no se recomienda utilizar la maniobra de Kristeller.

P) Momento para pinzamiento del cordón umbilical.

El pinzamiento tardío del cordón umbilical en neonatos a término, al menos dos minutos después del parto, no incrementa el riesgo de hemorragia posparto y sí mejora los niveles de hierro en neonatos. Una revisión de trabajo sistematizado de Cochrane aporta evidencia de que un retraso en el pinzamiento del cordón umbilical en las primeras horas aumenta la concentración de hemoglobina y los depósitos de hierro en el recién nacido. El pinzamiento tardío es una práctica fisiológica y el temprano es una intervención que necesita ser justificada, la colocación del recién nacido por debajo o a nivel de la vulva 3 minutos antes del pinzamiento del cordón, o hasta que deje de latir, permite el paso de 80 ml de sangre desde la placenta hacia el recién nacido. Está recomendado el pinzamiento tardío del cordón umbilical en el manejo activo del tercer período de Trabajo de Parto (1 a 3 minutos después del

nacimiento) o al cese del latido del cordón umbilical. El pinzamiento tardío (1-3 minutos) está contraindicado en casos de asfixia fetal al nacimiento.

Q) Actividades del personal de salud en la atención del tercer período de parto (alumbramiento).

El manejo activo de la tercera fase del parto disminuye el riesgo de hemorragia postparto, reduce la necesidad de administración de oxitócicos y acorta la duración de la tercera etapa del parto. El manejo activo de la tercera etapa del parto consiste en: Administrar agentes uterotónicos (oxitocina y/o ergonovina, y/o misoprostol). Aplicar tracción controlada o suave del cordón umbilical. Aplicar masaje uterino después de que la placenta descienda y sea expulsada, según lo que sea adecuado. El manejo no activo o fisiológico es la observación natural del trabajo de parto. El uso rutinario de oxitocina como uterotónico en el manejo activo del alumbramiento disminuye el riesgo de hemorragia postparto (HPP) >500 ml y la necesidad terapéutica de usar otros uterotónicos. Se recomienda el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto a fin de reducir la hemorragia postparto. El cual consiste en:

- Administrar agentes uterotónicos (oxitocina/y o ergonovina, y/o misoprostol).
- Aplicar tracción controlada o suave del cordón umbilical.
- Aplicar masaje uterino después de que la placenta descienda y sea expulsada, para propiciar la contracción del útero y prevenir la hemorragia postparto. Además, se considera importante realizar las siguientes acciones:
- Mantener al recién nacido a la altura de la placenta o colocarlo en el vientre materno.
- Entre 1 y 3 minutos, o cuando el cordón deje de latir, pinzar el cordón umbilical.
- Sostener el útero a nivel de la sínfisis del pubis (Maniobra de Brand Andrews y Dublin).

El manejo no activo o fisiológico es la observación natural del trabajo de parto.

La oxitocina es el uterotónico de primera elección para el manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto; se observa que la combinación de oxitocina y ergonóvicos disminuye la hemorragia postparto (sangrado >500 ml) y la necesidad del uso de otros uterotónicos con fines terapéuticos cuando se comparan con oxitocina sola. [Consultar la GPC “Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato; IMSS162-09]

La dosis de ergonovina es de 0.2 mg intramuscular (IM). Se recomienda el uso de oxitocina o ergonovina en pacientes con factores de riesgo para hemorragia obstétrica. El uso de ergonovina se asocia con elevación de la presión diastólica, accidentes vasculares cerebrales, e infartos. Puede aplicarse ergonovina en caso de no contar con oxitocina a dosis terapéutica, si el médico lo considera necesario y que no esté contraindicada. Con el uso de ergonovina, sola o con oxitocina, se debe monitorear en forma estrecha la presión arterial, manifestaciones de infartos al miocardio o accidentes vasculares cerebrales. La ergonovina o metilergonovina debe de indicarse con precaución pudiendo generar efectos graves en pacientes con hipertensión arterial, cardiopatía o arritmias. La ergonovina o metilergonovina no debe administrarse en pacientes con:

- Hipertensión arterial sistémica
- Preclampsia
- Enfermedad cardíaca.

La oxitocina se administra en dosis de 10 UI, inmediatamente después del nacimiento del neonato vía IM o IV si hay venoclisis colocada. La administración de oxitocina IV o IM debe de ser en bolo posterior a la liberación del hombro anterior del recién nacido. En caso de administración intravenosa, la oxitocina debe diluirse en 250 o 500 cc de solución fisiológica al pasar 30 minutos. Cuando la oxitocina no está disponible o no se controla hemorragia uterina por atonía se deben iniciar ergonóvicos o prostaglandinas si se cuenta con el recurso. La carbetocina comparada con placebo ha sido estudiada en la prevención de la hemorragia posterior al nacimiento, encontrando:

- Reducción en la necesidad de utilizar otros uterotónicos en el puerperio.
- Menor necesidad de masaje uterino.
- Menor sangrado uterino.

Comparada con oxitocina mostró menores efectos secundarios adversos específicamente de hipertensión, no habiendo diferencias en el riesgo de sangrado grave. La carbetocina siempre es una opción farmacológica de segunda línea para la prevención de la hemorragia. La dosis intravenosa utilizada es de 100 µg en bolo, lentamente por un minuto, cuando no se pueda administrar oxitocina o ergonovina, la carbetocina puede ser indicada en forma preventiva en pacientes con altas probabilidades de sangrado posparto o de forma terapéutica ante falta de respuesta a otros uterotónicos en hemorragia obstétrica, siempre y cuando se cuente con el recurso. Las prostaglandinas han mostrado eficacia para una menor pérdida de sangre y menor duración del alumbramiento cuando se compara con el uso de otros uterotónicos, aunque las prostaglandinas presentaron más efectos secundarios como vómito, dolor abdominal y diarrea.

La dosis recomendada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) 600 µg por vía oral o vía sublingual (800 µg) esta última tiene un efecto rápido. En caso de contar con misoprostol está indicado por vía oral en dosis de 400, 600 u 800 mcg. Cuando es necesario utilizar prostaglandinas como segunda o tercera opción, y se cuente con el recurso debe ser utilizado por profesionistas de la salud capacitados o con experiencia en su uso.

Cuando la hemorragia posparto no responde al uso de oxitócicos o ergovínicos, se deben considerar el tratamiento quirúrgico ya sea conservador o radical, de acuerdo a cada caso al criterio médico. Que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. La revisión del tono uterino posterior al nacimiento debe realizarse en toda paciente, la tracción del cordón sostenida debe ser solo en unidades con personal calificado en la atención obstétrica, si se opta por una

tracción sostenida del cordón umbilical, ésta deberá realizarse con el útero contraído y de preferencia al palpar una contracción para evitar eversión uterina. La Norma oficial Mexicana (007-SSA2-1993) recomienda propiciar 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.

El alumbramiento espontáneo o fisiológico es una opción si la mujer lo solicita, bajo consentimiento informado. En unidades de atención en donde no se cuente con personal calificado en atención obstétrica debe optarse por el alumbramiento espontáneo, siempre y cuando las condiciones de la paciente lo permitan, se trata de evitar la tracción forzada o insistente del cordón umbilical posterior al nacimiento si no hay desprendimiento completo de la placenta.

R) Revisión de cavidad uterina posterior al alumbramiento y atención del puerperio inmediato:

(GPC) Guía Práctica Clínica. “Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Episiotomía Complicada” (IMSS-608-13).

La revisión manual de la cavidad uterina, es una práctica común que se lleva a cabo de manera rutinaria, con la intención de identificar la presencia de restos placentarios o anexos. Sin embargo, es una práctica que suele ser muy dolorosa para las pacientes y que puede tener consecuencias en su salud, ahora se cuenta con fundamentos científicos que sustentan que la revisión manual o instrumental de la cavidad uterina no debe realizarse de manera rutinaria.

La revisión de cavidad puede realizarse cuando: 1). Existe sospecha de retención de fragmentos placentarios o membranas. 2). Alumbramiento manual previo. 3). Sospecha de lesiones corporales uterinas y cesáreas anterior. 4). Presencia de

hemorragia uterina postparto. 5). Parto pre término 6). Ruptura de membranas de seis horas o mayor. 7). Parto fortuito. 8). Óbito

No se recomienda la revisión manual de la cavidad uterina rutinaria debido a que incrementa el riesgo de hemorragia obstétrica, endometritis, y dolor en la paciente, solo en casos selectivos como sospecha de retención de placenta parcial o completa, hemorragia uterina post-nacimiento por sospecha de atonía uterina o para masaje uterino, bajo condiciones de analgesia y asepsia adecuada, con fines de minimizar el dolor y la infección.

La revisión de cavidad uterina debe ser previa información de la paciente, bajo estricta técnica de antisepsia y analgesia y por personal calificado. Es útil la analgesia adecuada, para intervenciones uterinas o vaginales posparto, ya sea en bloqueo peridural o bloqueo local de pudendos, en caso de no contar con personal de anestesia, la sedación puede ser administrada por personal médico previa información y autorización de la paciente por escrito, para tratar de que la revisión uterina sea menos molesta o incómoda. En instalaciones o unidades con mínimos recursos de seguridad en la atención médica, la administración de algún anestésico debe ser solamente por médicos con formación en anestesia, o por alumnos bajo la supervisión de personal con experiencia y calificados.

En caso de realizar revisión manual uterina se debe anotar en el expediente clínico su indicación, si se realizaron medidas asépticas y si la paciente contaba con analgesia obstétrica. Se debe revisar el conducto vaginal, así como la presión arterial y frecuencia cardiaca. Se debe corroborar que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso al terminar el evento obstétrico. Se recomienda la revisión del canal del parto con fines de detectar de manera oportuna la presencia de desgarros, los cuales deben ser reparados con suturas sintéticas.

La Guía Práctica Clínica de atención del parto de bajo riesgo, (GPC) el grupo de la OMS(Organización Mundial de la Salud) y Archie Cochrane,(Epidemiólogo

Británico) concluye que todas las mujeres deben contar con apoyo continuo a lo largo del trabajo de parto, ya que conlleva a una serie de beneficios para la mujer, entre ellos, una leve reducción de la duración del parto, el aumento de la probabilidad de parto vaginal espontáneo, y la reducción del uso de analgesia farmacológica. Además, aumenta la probabilidad de que las mujeres muestren satisfacción, y se reduce la probabilidad de que los recién nacidos, tengan una puntuación baja en el test de Apgar. Dentro de los cuidados que se deben incluir en el apoyo continuo durante el parto se encuentra: El apoyo emocional, medidas para mejorar el confort e información.

2.2.7 La Teoría del cuidado humano de Jean Watson

En la presente investigación se abordó la teoría del cuidado humano porque tiene una estrecha correlación con el tema de estudio, ya que la mujer durante el parto se encuentra en una situación de vulnerabilidad donde requiere de un trato más humano y menos tecnificado, el profesional de enfermería es quien mantiene el contacto más estrecho con la paciente es necesario que se considere a la usuaria como unidad integral biológica, social, psicológica y espiritual, sobre todo que se establezca una relación de confianza entre el personal de enfermería y las usuarias, Con el propósito de que el cuidado de enfermería las ayude a conseguir un alto nivel de armonía durante el parto a través de una visión humanista y científica.

La escuela del *Caring* refiere que el cuidado se inicia cuando el profesional de enfermería se introduce en el campo fenomenológico de la persona en cuanto a su situación de salud, aspectos filosóficos manifiestos en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humanizado de Jean Watson, quien plantea 10 factores del cuidado, en el denominado proceso *caritas*:

(1) Formación de un sistema humanístico altruista de valores, que puede ser influenciado por enfermería, por medio de empatía, bondad, preocupación y amor.

(2) Inculcación de fe y esperanza, en forma honorable y respetuosa que puede facilitar la promoción del cuidado, transformándolo en una presencia auténtica sostenida en el sistema profundo de creencias.

(3) Cultivo de la sensibilidad, para uno mismo y para los demás, permite la aceptación personal del profesional de enfermería como del paciente.

(4) Desarrollo de una relación de ayuda y confianza, implica coherencia, empatía, y comunicación afectiva, siendo reales, honestos y auténticos.

(5) Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos, negativos y emociones, comportamientos, pensamientos y expresiones reconociendo la situación del paciente.

(6) Uso sistemático del método científico de la solución de problemas para la toma de decisiones, a través del proceso enfermero creativo, individualizado, participativo, sistemático y organizado.

(7) Promoción de la enseñanza-aprendizaje transpersonal, ofreciendo oportunidades para el crecimiento personal, a través de la experiencia de enlazar el ser con significado, para ayudarlo a adaptarse y disminuir el estrés.

(8) Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual, dando fuerza y energía al ambiente no físico, reforzando la belleza, integridad, comodidad, dignidad y paz.

(9) Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas (biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales) del profesional de enfermería y el paciente.

(10) Permisi3n de fuerzas existenciales, fenomenol3gicas y espirituales del cuidado y la curaci3n, estimulando la compresi3n de uno mismo y de los dem3s (Ávila, Mendoza & Contreras, 2016)

La teoría del Cuidado Humano de Jean Watson facilita y guía un cuidado humanizado de enfermería. Y contribuye a mejorar la percepción de los usuarios sobre el cuidado humanizado, es importante destacar que el personal de enfermería puede constituirse en un factor clave para garantizar la calidad de la atención a través del cuidado, que debe estar fundamentado en el respeto por la dignidad y las necesidades de las mujeres y sus familias. Así mismo, se debe entender que el concepto de salud tiene un significado diferente para cada persona, dependiendo del contexto, los estilos de vida, la cultura y la situación de salud vivida. Por tanto, el cuidado de enfermería para las mujeres durante el trabajo de parto, el parto y el postparto debe estar encaminado a promover el bienestar de la mujer y de su hijo, teniendo en cuenta las necesidades individuales y las complicaciones que se puedan presentar.

El cuidado es intrínseco al quehacer de enfermería porque permite la interacción entre el personal de enfermería y la persona sujeto del cuidado, tanto en su aspecto físico, como emocional y social. El concepto de cuidado ha evolucionado a través del tiempo y de las culturas, redefiniendo así el cuidado en enfermería y planteando la enfermería como una disciplina independiente que apoya a las personas en los momentos de salud y enfermedad.

Diferentes pensadoras de la disciplina han definido el cuidado desde diversas perspectivas. Sin embargo, para esta investigación se utilizó la teoría de Jean Watson quien en 1979 definió su filosofía del cuidado como una forma de ver e interpretar el mundo, y concibió el cuidado humano como un proceso de cuidar-sanar, el cual es transpersonal y está dirigido a la promoción de la armonía cuerpo-alma de la persona cuidadora y la persona sujeto de cuidado, integrando los valores y las creencias de cada una. En el cuidado es significativo tanto el conocimiento científico como el conocimiento innato de que cada persona, siendo de gran relevancia, en el contexto científico, la investigación y la preparación como compromiso ético del personal de enfermería. (Álvarez, C. 2013).

Para introducir los preceptos de esta teoría en la investigación se realizara una intervención educativa dirigida a concientizar a los profesionales de salud que laboran en el área de tocología resaltando los factores, y asunciones filosóficas de la Teoría Transpersonal del Cuidado Humanizado, haciendo énfasis en el personal de enfermería, recordándoles que las usuarias deben ser atendidas holísticamente y respetando y salvaguardando sus derechos en todo el proceso del parto, a fin de contribuir a mejorar la calidad de atención dando una atención más humanística y menos tecnificada.

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN



3.1 METODOLOGIA

3.1.1 Diseño de la investigación

Transversal: Porque la investigación será realizada en un periodo determinado donde se medirá la percepción del parto humanizado que tienen las usuarias que acuden al servicio de tocología, se describirá la frecuencia, distribución y los determinantes del trato humanizado.

Prospectivo: Porque el estudio se realizara en tiempo presente, pero los datos se analizan transcurrido un determinado tiempo, en el futuro.

3.1.2 Ruta de investigación

- Búsqueda de información científica
- Construcción de objetivos
- Definición operacional de las variables
- Elección del diseño de estudio
- Elección de instrumentos
- Elección de herramientas estadísticas

3.1.3 Método

Para realizar la presente investigación se utilizó el método científico, realizando la aplicación de un instrumento validado a las mujeres que cumplieron con los criterios de selección.

3.1.4 Instrumento y técnica de recolección

El instrumento utilizado es una encuesta validada por Vela en el 2015, utilizada en la investigación titulada “Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015”.

El instrumento empleado incluyó 28 preguntas que responden a los cuatro aspectos del parto humanizado en los que se centra el estudio. Del total de preguntas incluidas en el instrumento, los ítems que permitieron evaluar la percepción de las pacientes sobre la atención del parto humanizado fueron los ítems del 10 al 28, cuyas respuestas para cada pregunta consistieron en una escala Likert de 4 puntos donde: 1 correspondió a nunca, 2 algunas veces, 3 casi siempre y 4 siempre; para un rango real del instrumento de 18 a 72 puntos.

El instrumento se validó mediante una prueba piloto lo cual permitió mejorar el planteamiento de las preguntas, de ello se determinó el coeficiente alfa de Cronbach para establecer la confiabilidad, así como también mediante la prueba de concordancia de juicio de expertos conformada por 6 profesionales capacitados en el tema.

Los puntajes establecidos fueron los siguientes rangos de puntajes, estos rangos globales de percepción se clasificaron según una escala percentilar 50 y 75 en:

- Si los puntajes totales del instrumento se encuentran en el rango de 54 a 72 puntos (percentil mayor a 75) se interpretará de la siguiente forma: la paciente percibe que el parto humanizado se ha realizado de forma adecuada.
- Si los puntajes totales del instrumento se encuentran en el rango de 35 a 53 puntos (percentil 50 a 75) se interpretará de la siguiente forma: la paciente percibe que el parto humanizado se ha realizado de forma regular.
- Si los puntajes totales del instrumento se encuentran en el rango de 18 a 34 puntos (percentil menor de 50) se interpretará de la siguiente forma: la paciente percibe que el parto humanizado se ha realizado de forma inadecuada.

La técnica que se empleó para la recolección de información fue la encuesta y fue de carácter anónimo, la fuente de investigación fue primaria, puesto que se obtuvo información de la misma paciente. Previo a la recolección de información se obtuvieron las autorizaciones pertinentes y se identificó a todas aquellas puérperas inmediatas de parto vaginal atendidas durante el mes de agosto y septiembre del

2019, las cuales fueron abordadas en el Servicio de Hospitalización de lunes a viernes hasta completar la muestra establecida.

3.1.5 Universo de estudio

Pacientes femeninas que sean atendidas en el servicio de Tocología del Hospital General de Acapulco.

3.1.6 Población de estudio

Usuaris atendidas por parto en el servicio de Tocología del Hospital General de Acapulco del 1 de agosto al 30 de septiembre del 2019.

3.1.7 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue por conveniencia ya que se aplicaron las encuestas proporcionalmente a los ingresos diarios y a las pacientes que aceptaron responder la encuesta. (5 diariamente durante un mes)

3.1.8 Criterios de selección

Criterios de Inclusión:

- Paciente mayor de 18 años.
- Paciente puérpera inmediata de parto vaginal.
- Paciente que acepte participar en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- Paciente con alteración del estado de conciencia.
- Paciente cuyo parto haya terminado en cesárea.
- Paciente que no acepte participar en el estudio.

3.1.9 Criterios éticos

Si bien el presente estudio fue de tipo prospectivo, este siguió en todo momento los lineamientos éticos para la investigación en salud propuestos en la Declaración de Helsinki, la cual insta a los involucrados en la investigación en seres humanos a "velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente", pues es deber del

profesional de la salud proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación, los cuales se garantizaron en el presente estudio. El presente estudio cumplió con los principios de la medicina (beneficencia, no maleficencia, autonomía y confidencialidad). Por otro lado, durante el transcurso del estudio se solicitó a toda paciente su consentimiento de participación, tal como lo marca el reglamento de la ley general de salud en los siguientes artículos:

ARTICULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representantes legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito.

3.1.10 Variables de estudio

- Percepción sobre el parto humanizado:
- Trato profesional.
- Acompañamiento o parto con acompañante.
- Elección de la posición para el parto.
- Manejo del dolor de parto.

3.1.11 Plan de análisis de resultados

Una vez obtenida toda la información esta se ingresó a una base de datos elaborada en el programa estadístico SPSS versión 22.0 en español, considerando la operacionalización de las variables de estudio. Análisis descriptivo: Para el análisis descriptivo o univariado de las variables cuantitativas se determinó mediante las medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar); mientras que para las variables cualitativas, se determinaron frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Además, se usó el programa Microsoft Excel 2010 para elaborar las tablas y gráficos pertinentes.

CAPITULO IV

RESULTADOS



4. RESULTADOS

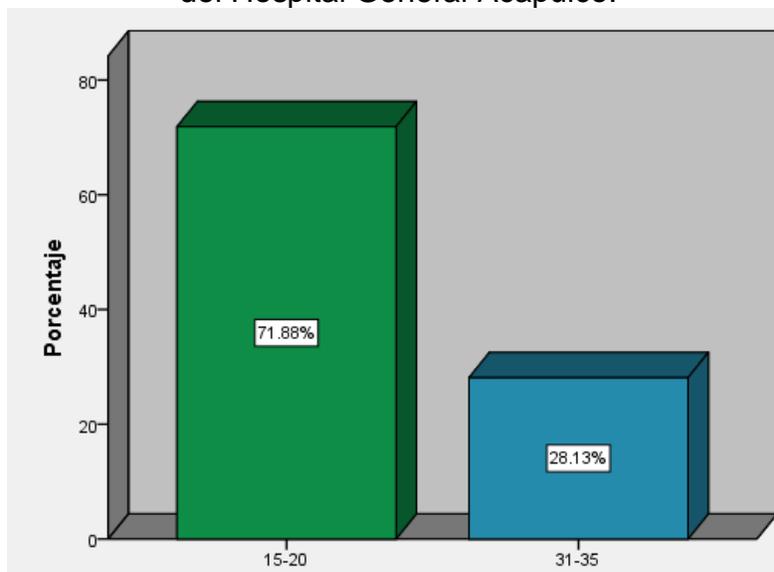
4.1 Perfil sociodemográfico de las pacientes encuestadas en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco.

Tabla 1. Edad de las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 15-20	23	71.9	71.9	71.9
31-35	9	28.1	28.1	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Grafica 1. Edad de las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco.



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

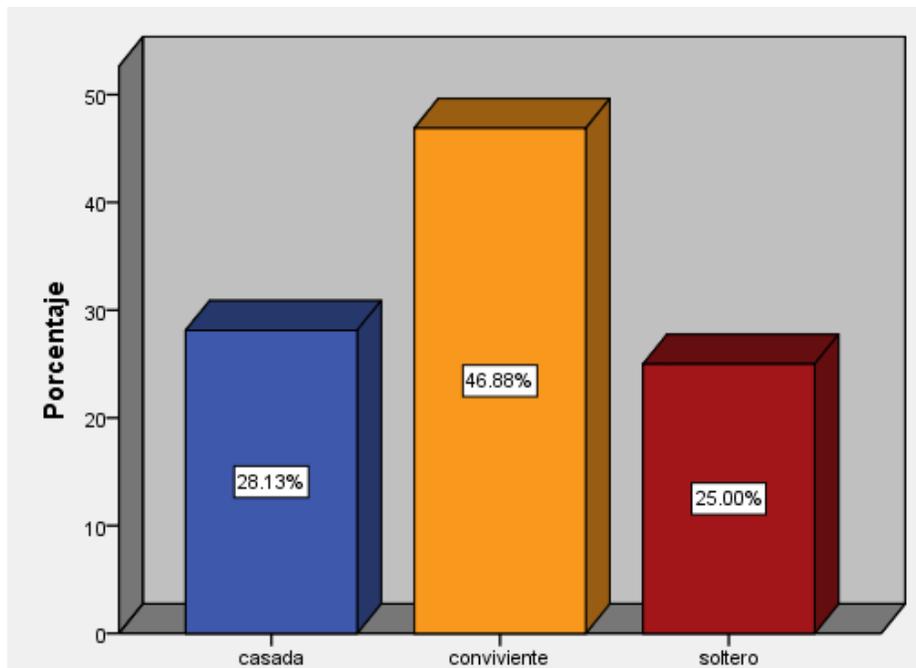
En la gráfica 1 se presenta la edad de las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología, el mayor porcentaje con 71.86% lo obtuvo el grupo de 15-20 años, el menor porcentaje con 28.13% lo obtuvo el grupo de 31 a 35 años.

Tabla 2. Estado civil de las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido casada	9	28.1	28.1	28.1
conviviente	15	46.9	46.9	75.0
soltero	8	25.0	25.0	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Grafica 2. Estado civil de las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco.



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

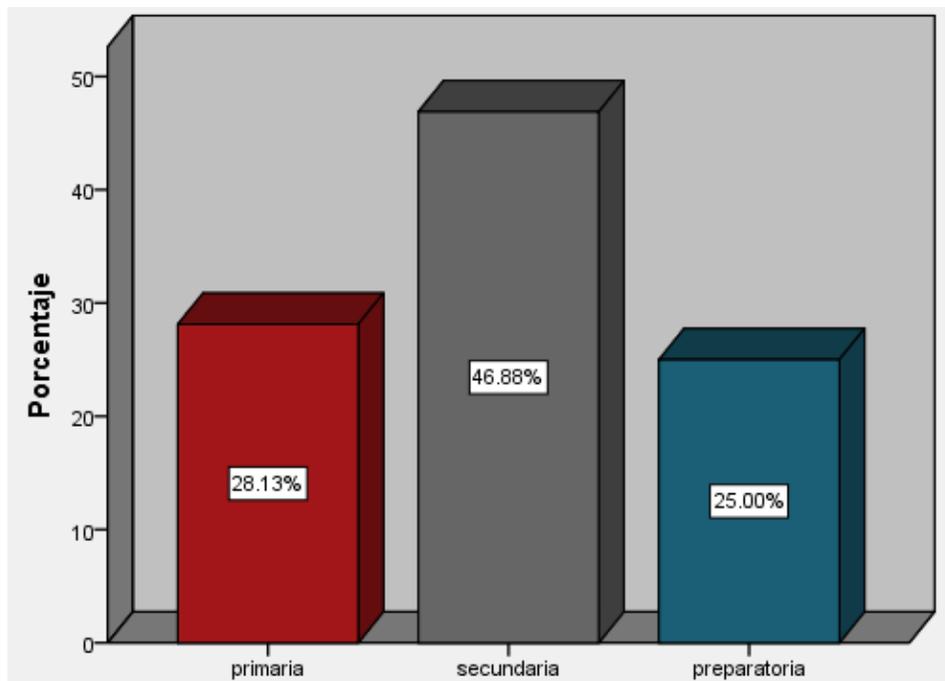
En la gráfica 2 se presenta el estado civil de las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología, el mayor porcentaje con 46.88% lo obtuvo el grupo conviviente o unión libre, el menor porcentaje con 25% las solteras.

Tabla 3. Escolaridad de las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido primaria	9	28.1	28.1	28.1
secundaria	15	46.9	46.9	75.0
preparatoria	8	25.0	25.0	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Gráfica 3. Escolaridad de las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco.



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

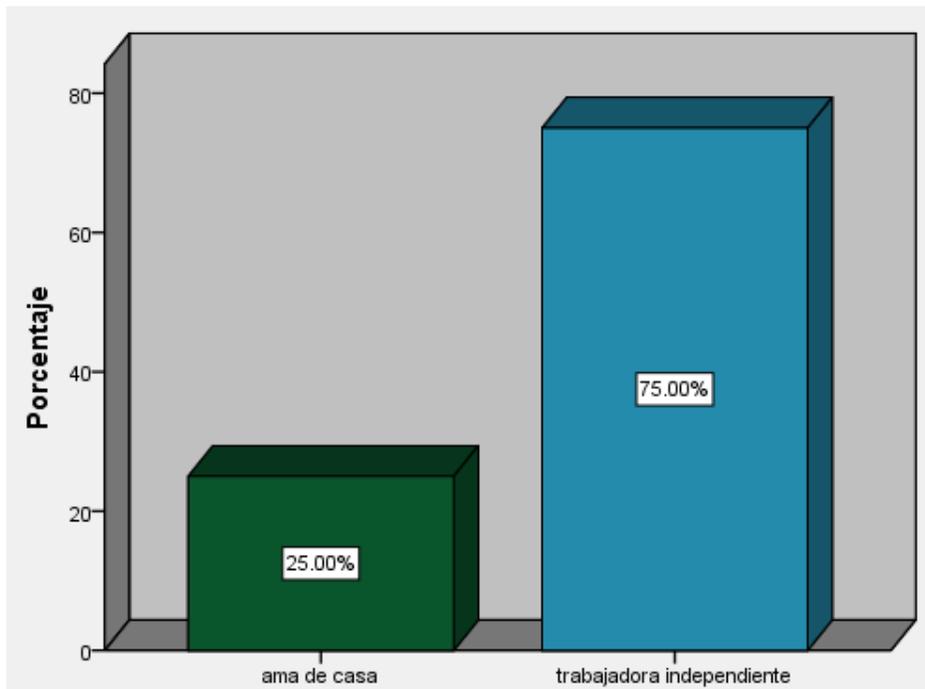
En la gráfica 3 se presenta la escolaridad de las pacientes estudiadas el mayor porcentaje con 46.8% lo obtuvieron las mujeres que cursaron secundaria, el menor porcentaje con 25% las pacientes que cursaron primaria.

Tabla 4. Ocupación de las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido ama de casa	8	25.0	25.0	25.0
trabajadora independiente	24	75.0	75.0	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Gráfica 4. Ocupación de las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco.



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

En la gráfica 4 se presenta la ocupación de las mujeres encuestadas, el mayor porcentaje con 75% lo obtuvo el grupo de trabajadoras independientes, el menor porcentaje con 25% lo obtuvieron las amas de casa.

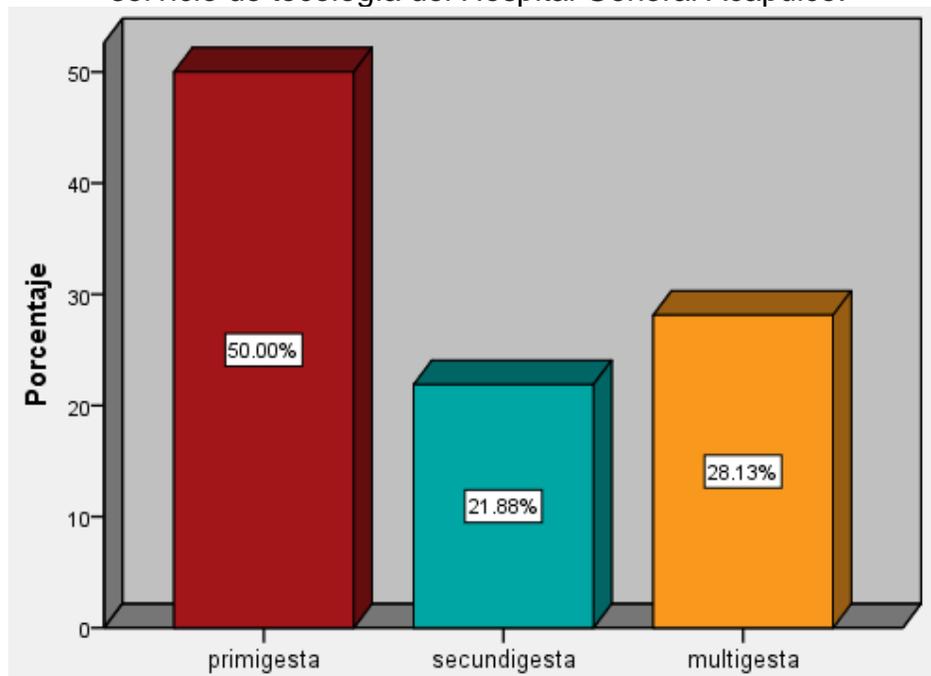
4.2 Perfil gineco-obstetrico de las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco.

Tabla 5. Numero de gestaciones de las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	primigesta	16	50.0	50.0	50.0
	secundigesta	7	21.9	21.9	71.9
	multigesta	9	28.1	28.1	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Gráfica 5. Numero de gestaciones de las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco.



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

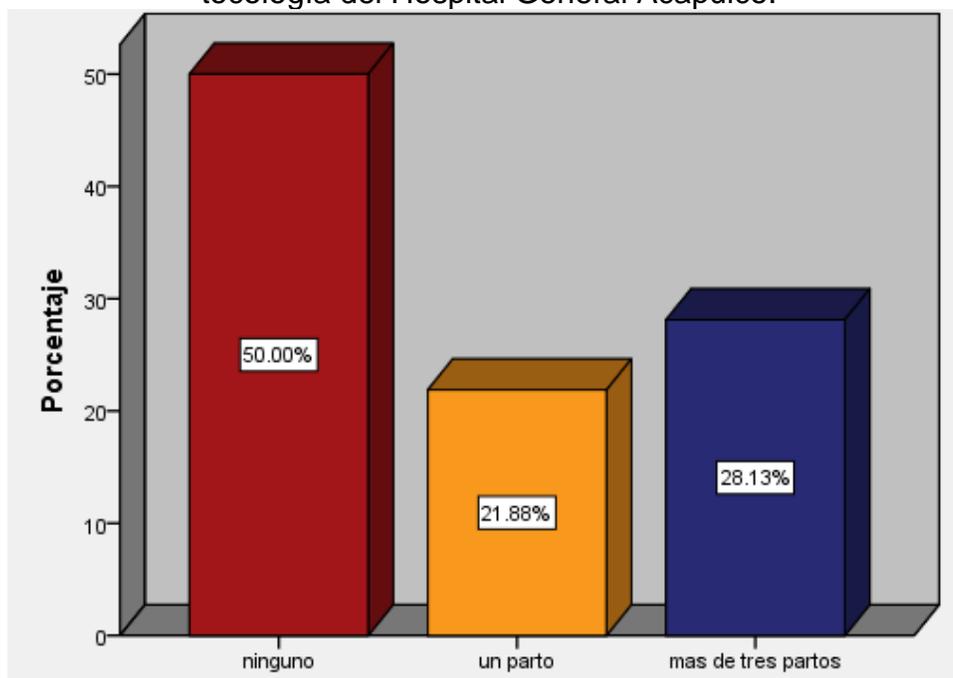
En la gráfica 5 se presenta el número de gestaciones de las mujeres encuestadas, el mayor porcentaje con 50% lo obtuvieron las primigestas, el menor porcentaje con 21.8% las secundigestas.

Tabla 6. Número de partos de las pacientes atendidas en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido ninguno	16	50.0	50.0	50.0
un parto	7	21.9	21.9	71.9
mas de tres partos	9	28.1	28.1	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Grafica 6. Número de partos de las pacientes atendidas en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco.



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

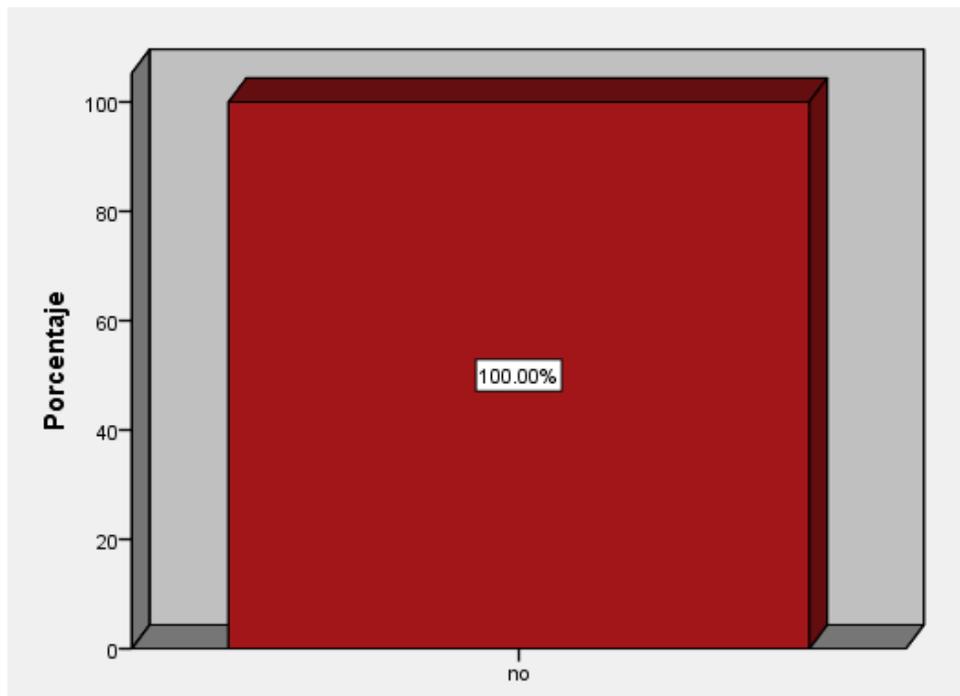
En la gráfica 6 se presenta el número de partos que han tenido las pacientes atendidas en el servicio de tocología, el 50% de las mujeres no habían tenido ningún parto, el 21.8% solo habían tenido un parto.

Tabla 7. Parto por cesárea de las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido no	32	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Grafica 7. Parto por cesárea de las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco.



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

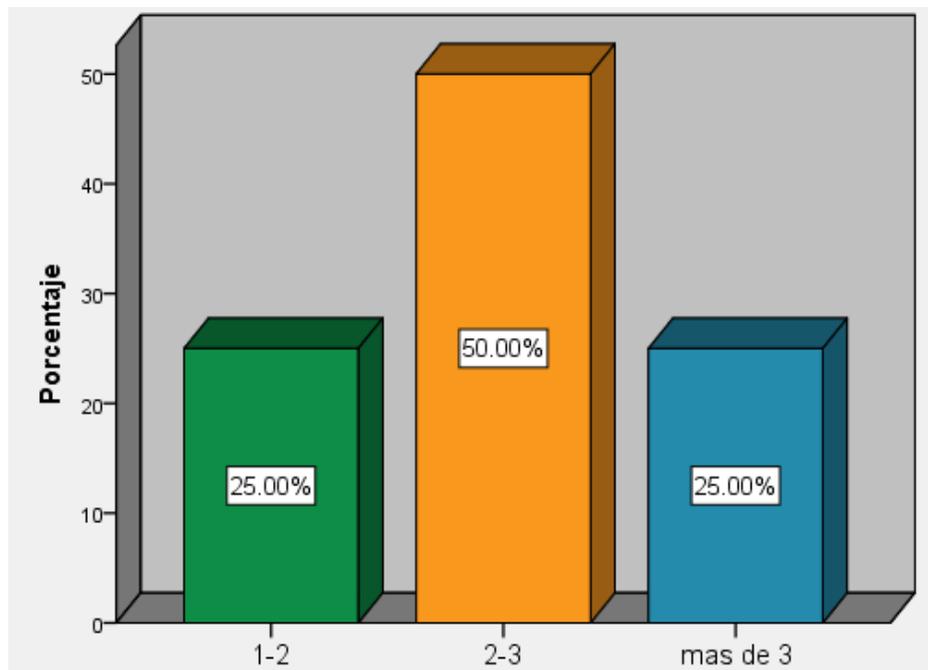
En la gráfica 7 se presentan si las pacientes encuestadas tuvieron parto por cesárea, el 100% de las encuestadas tuvieron parto normal.

Tabla 8. Número de controles de las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1-2	8	25.0	25.0	25.0
	2-3	16	50.0	50.0	75.0
	mas de 3	8	25.0	25.0	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Grafica 8. Número de controles de las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco.



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

En la gráfica 8 se presenta el número de controles que llevaron las mujeres encuestadas, el mayor porcentaje con 50% lo obtuvo el grupo de 2-3 controles prenatales, el menor porcentaje con 25% el grupo de 1-2 y con el mismo porcentaje el grupo de más de 3 controles.

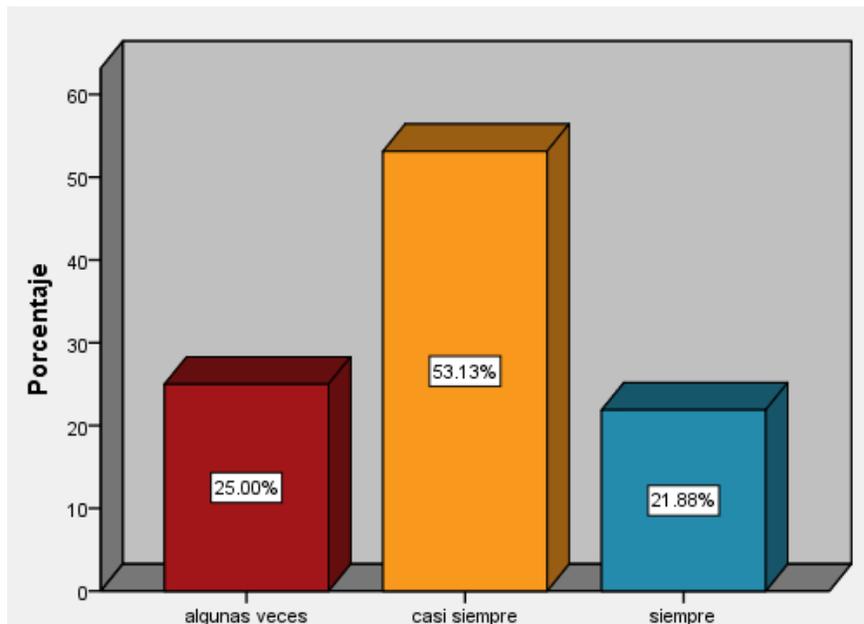
4.3 Percepción del parto humanizado las de las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco.

Tabla 9. ¿Cuándo ingreso a la sala de partos el profesional que le atendió su parto se presentó con usted?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido algunas veces	8	25.0	25.0	25.0
casi siempre	17	53.1	53.1	78.1
siempre	7	21.9	21.9	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Grafica 9. ¿Cuándo ingreso a la sala de partos el profesional que le atendió su parto se presentó con usted?



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

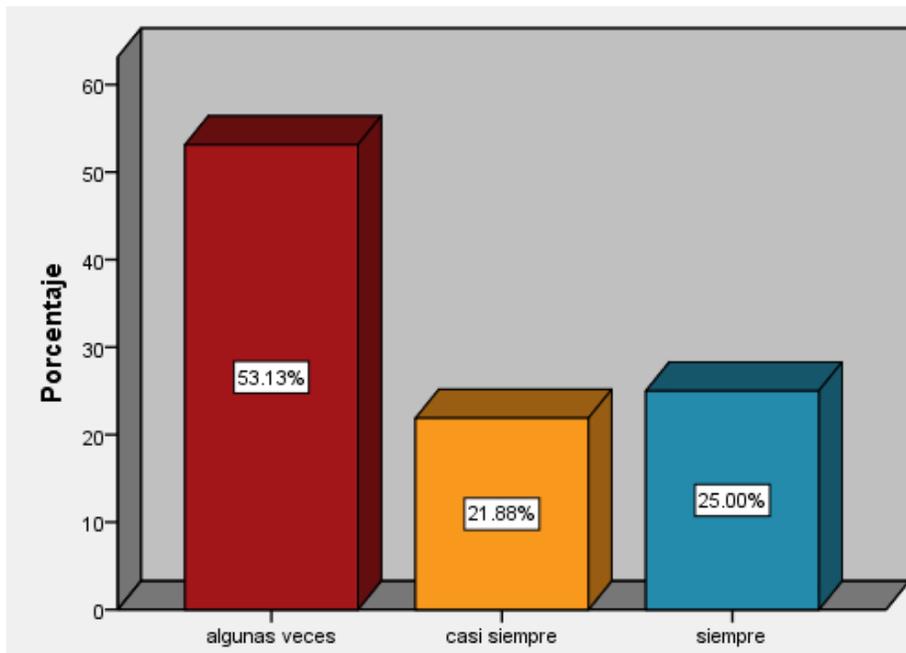
En la gráfica 9 se observa si cuando ingreso a la sala de partos el profesional que le atendió el parto se presentó, el 53.13% menciono que casi siempre, el 25% algunas veces.

Tabla 10. ¿Qué tanta comunicación existió entre el profesional que le atendió su parto y usted durante el trabajo de parto?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido algunas veces	17	53.1	53.1	53.1
casi siempre	7	21.9	21.9	75.0
siempre	8	25.0	25.0	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Grafica 10. ¿Qué tanta comunicación existió entre el profesional que le atendió su parto y usted durante el trabajo de parto?



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

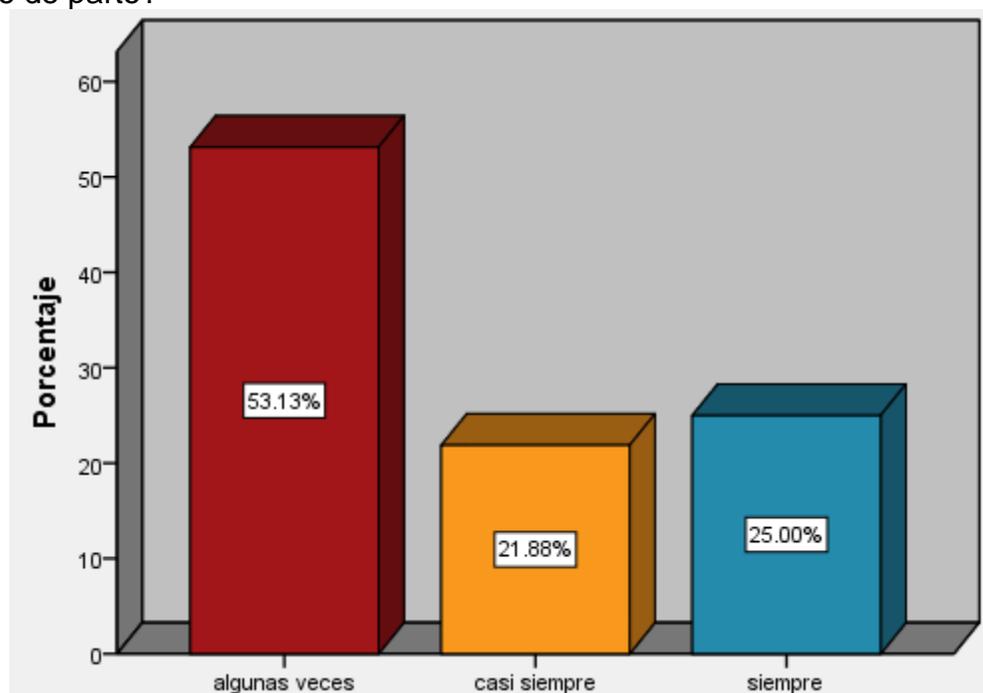
En la gráfica 10 se observa la comunicación que existió entre el profesional y la mujer durante el parto el 53.3% menciona que tuvieron comunicación algunas veces y el 25% casi siempre.

Tabla 11. ¿El profesional que le atendió su parto le explico en qué consistía el trabajo de parto?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido algunas veces	17	53.1	53.1	53.1
casi siempre	7	21.9	21.9	75.0
siempre	8	25.0	25.0	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Grafica 11. ¿El profesional que le atendió su parto le explico en qué consistía el trabajo de parto?



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

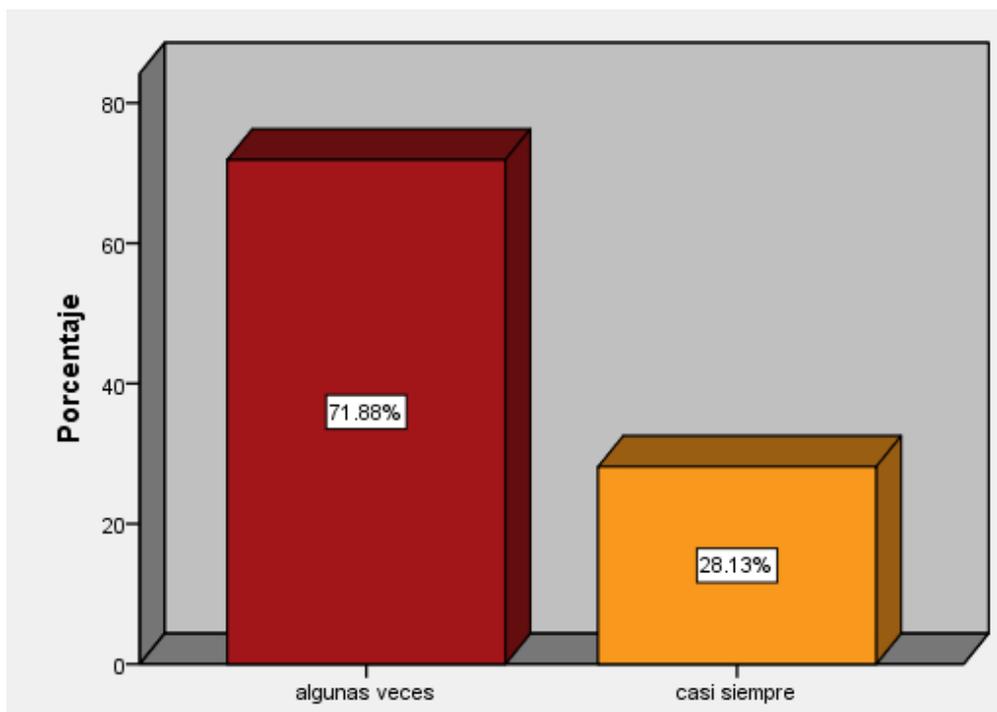
En la gráfica 11 se observa si el profesional que atendió a la mujer le explico en qué consistía el parto, el 53.13% algunas veces realizo este criterio, el 21.8% casi siempre y el 25% siempre.

Tabla 12. ¿Cuándo el profesional que atendió su parto se dirigía a usted la llamaba por su nombre?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	algunas veces	23	71.9	71.9	71.9
	casi siempre	9	28.1	28.1	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Grafica 12. ¿Cuándo el profesional que atendió su parto se dirigía a usted la llamaba por su nombre?



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

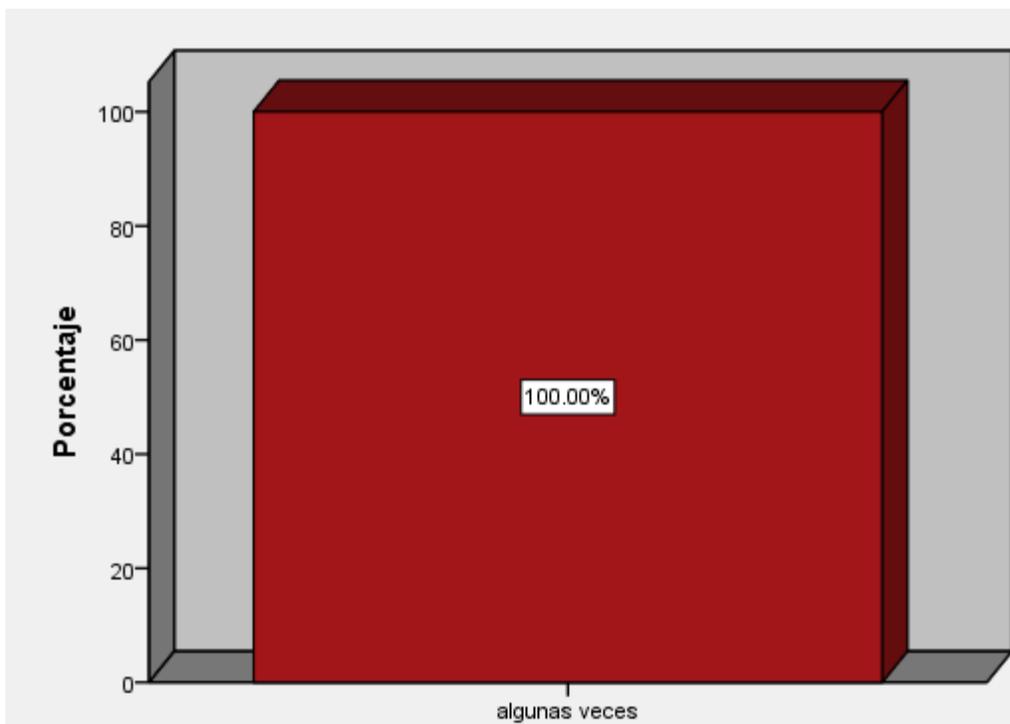
En la gráfica 12 se observa si el profesional que atendió el parto llamaba a la mujer por su nombre, el 71.8 % cumplió con este criterio algunas veces y el 28.1% casi siempre.

Tabla 13. ¿El profesional que le atendió su parto le explico los procedimientos que le iban a realizar durante su trabajo de parto?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido algunas veces	32	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Grafica 13. ¿El profesional que le atendió su parto le explico los procedimientos que le iban a realizar durante su trabajo de parto?



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

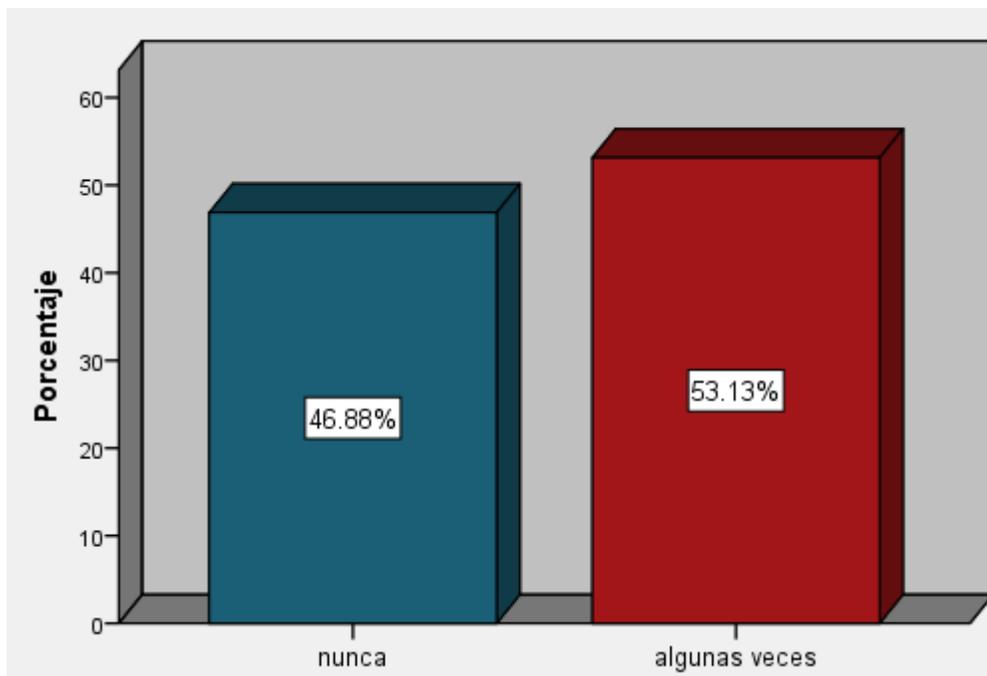
En la gráfica 13 se observa si el profesional que atendió el parto le explico a la mujer los procedimientos que se le realizarían, el 100% contestó que solo algunas veces.

Tabla 14. ¿Cuándo usted sentía que perdía el control de sí misma por dolores en el trabajo de parto que tanto el profesional que le atendió le ayudo a controlarse?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido nunca	15	46.9	46.9	46.9
algunas veces	17	53.1	53.1	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Grafica 14. ¿Cuándo usted sentía que perdía el control de sí misma por dolores en el trabajo de parto que tanto el profesional que le atendió le ayudo a controlarse?



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

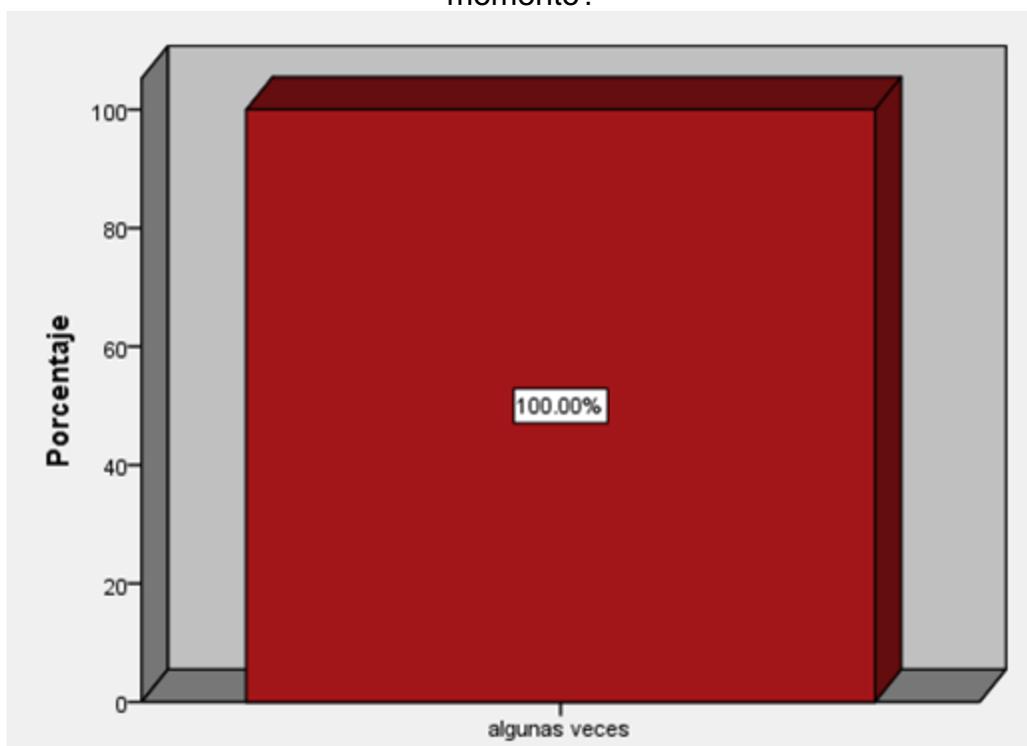
En la gráfica 14 se presenta si el profesional le ayudo a a la mujer a controlarse cuando presentaba las contracciones, el 46.8% menciono que nunca y el 53.13% algunas veces.

Tabla 15. ¿El profesional que atendió su parto respeto su intimidad en todo momento?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido algunas veces	32	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Gráfica 15. ¿El profesional que atendió su parto respeto su intimidad en todo momento?



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

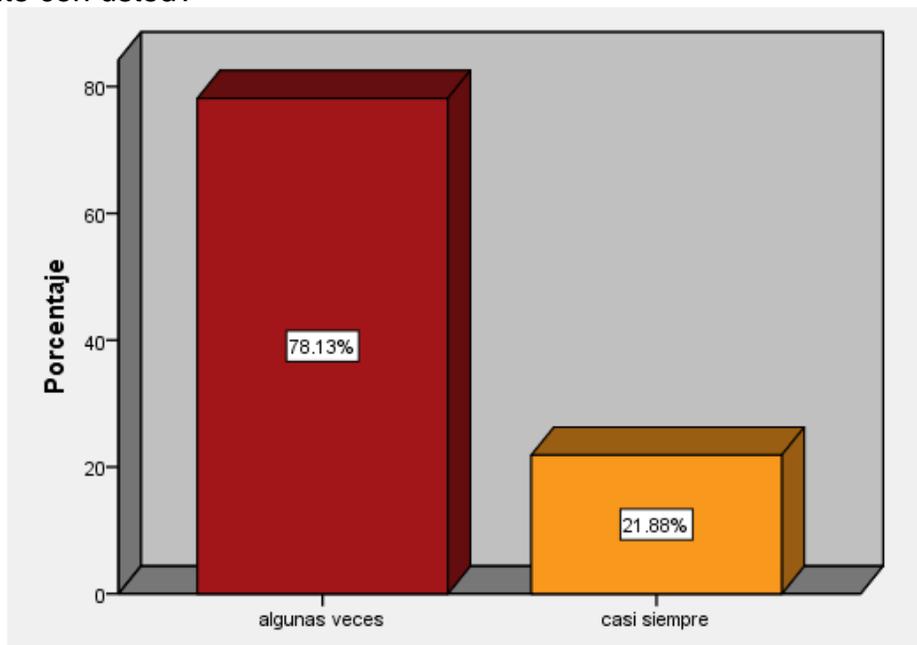
En la gráfica 15 se presenta si el profesional respetó la intimidad de la paciente en todo momento, el 100% de las mujeres dijo que algunas veces.

Tabla 16. ¿Con que frecuencia el profesional que le atendió su parto fue amable y paciente con usted?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido algunas veces	25	78.1	78.1	78.1
casi siempre	7	21.9	21.9	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Grafica 16. ¿Con que frecuencia el profesional que le atendió su parto fue amable y paciente con usted?



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

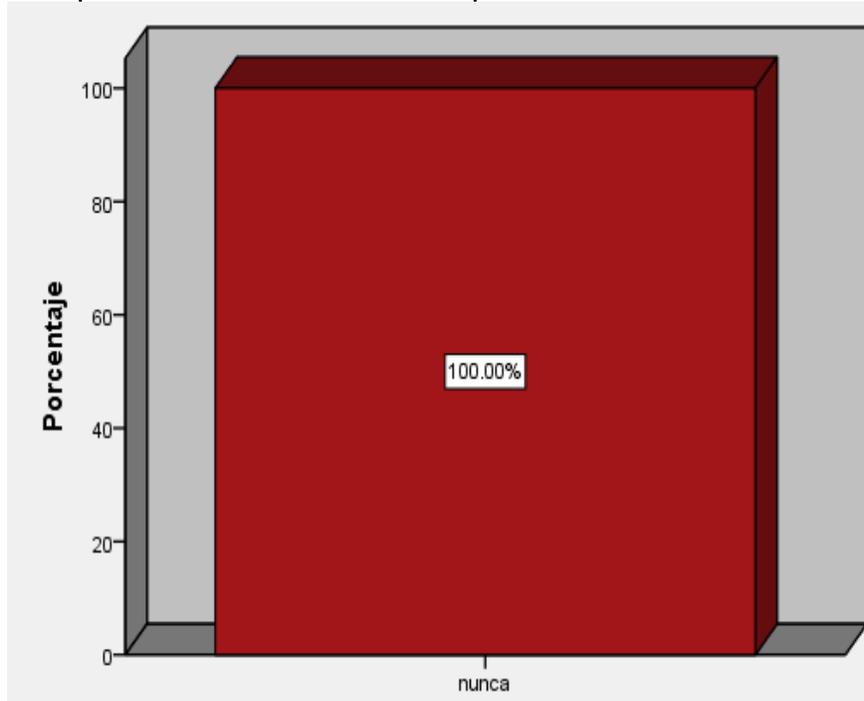
En la gráfica 16 se presenta si el profesional fue amable con la mujer, el 78.1% dijo que solo algunas veces, el 21,8% menciona que casi siempre.

Tabla 17. ¿Con que frecuencia el profesional que le atendió su parto le explico que usted podía decidir tener un acompañante en el momento del parto?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido nunca	32	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Tabla 17. ¿Con que frecuencia el profesional que le atendió su parto le explico que usted podía decidir tener un acompañante en el momento del parto?



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

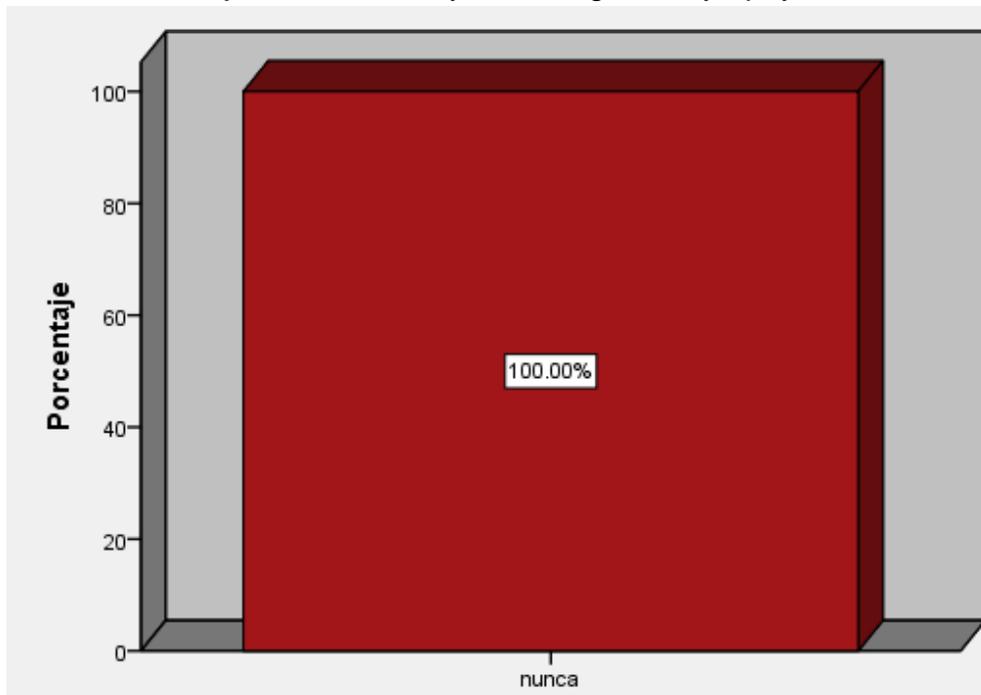
En la tabla 17 se presenta si el profesional le explico a la mujer que podía decidir tener un acompañante durante el parto, el 100% menciono que nunca.

Tabla 18. ¿Con que frecuencia el profesional que le atendió su parto le explico que el acompañante que usted eligiera debía ayudarla a respirar correctamente, relajarse, calmarse y darle seguridad y apoyo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido nunca	32	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Grafica 18. ¿Con que frecuencia el profesional que le atendió su parto le explico que el acompañante que usted eligiera debía ayudarla a respirar correctamente, relajarse, calmarse y darle seguridad y apoyo?



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

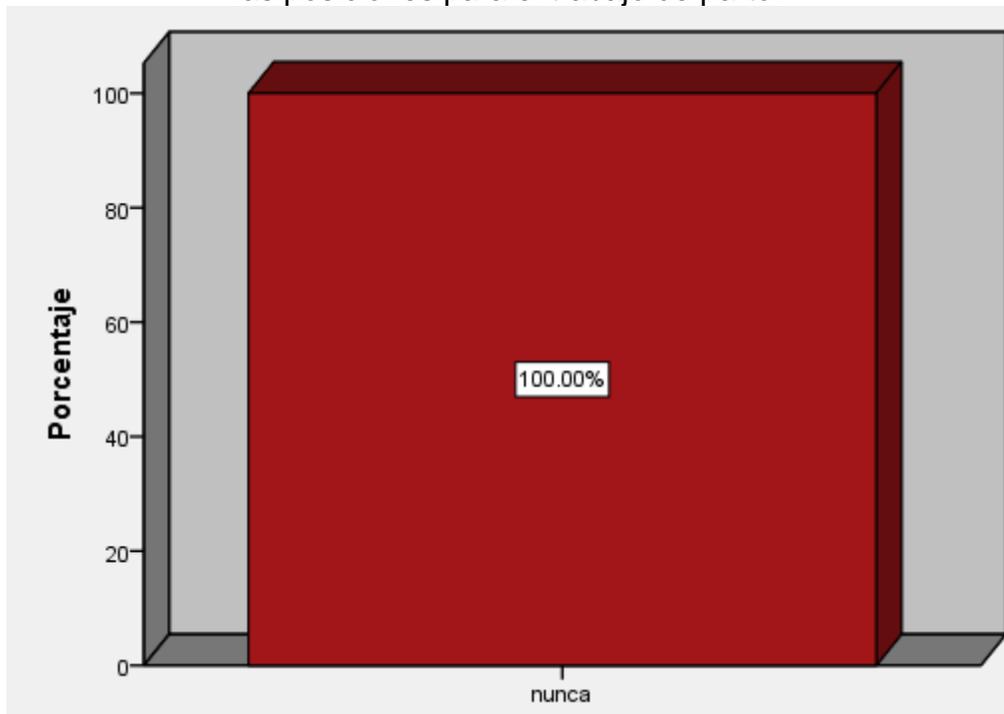
En la grafica 18 se presenta si el profesional le explico a la mujer que su acompañante podía ayudarla a respirar correctamente, relajarse, calmarse y darle seguridad, el 100% menciono que nunca.

Tabla 19. ¿Con que frecuencia el profesional que le atendió su parto le enseñó las posiciones para el trabajo de parto?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido nunca	32	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Grafica 19. ¿Con que frecuencia el profesional que le atendió su parto le enseñó las posiciones para el trabajo de parto?



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

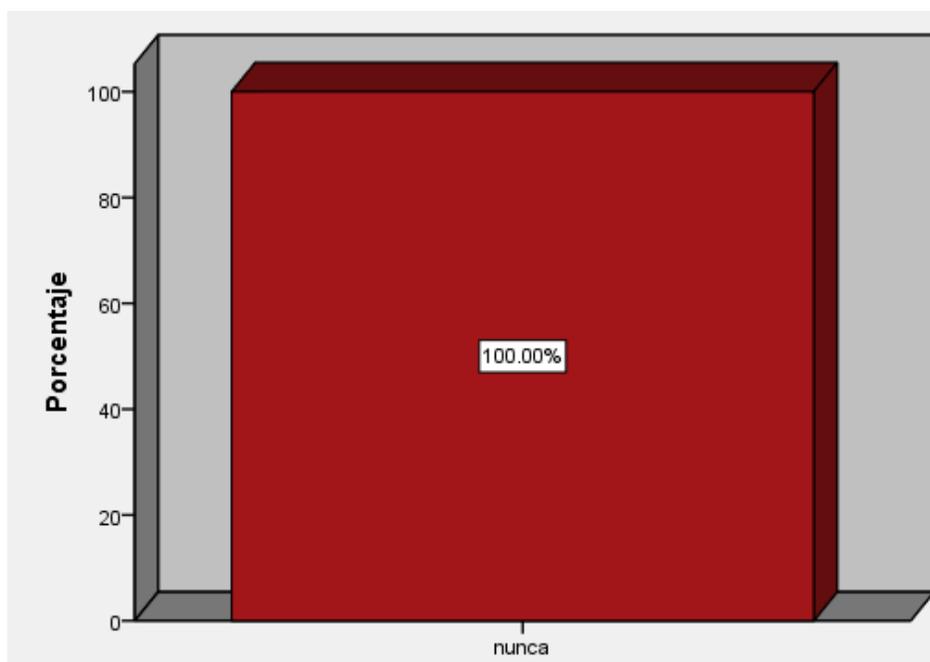
En la gráfica 19 se presenta con qué frecuencia el profesional que atendió el parto le enseñó a la mujer las posiciones el 100% menciono que nunca.

Tabla 20. ¿Qué posiciones para el parto conoce usted?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido acostada	32	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Grafica 20. ¿Qué posiciones para el parto conoce usted?



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

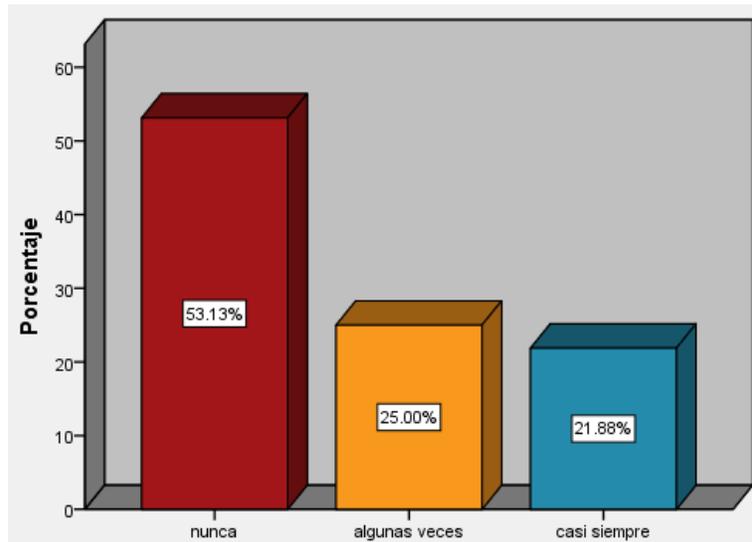
En la gráfica 20 se presenta que posiciones conocía la mujer para el parto el 100% menciona que solo acostada.

Tabla 21. ¿Con que frecuencia el profesional que le atendió su parto le explico que usted podía deambular libremente mientras dure el trabajo de parto?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido nunca	17	53.1	53.1	53.1
algunas veces	8	25.0	25.0	78.1
casi siempre	7	21.9	21.9	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Grafica 21. ¿Con que frecuencia el profesional que le atendió su parto le explico que usted podía deambular libremente mientras dure el trabajo de parto?



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

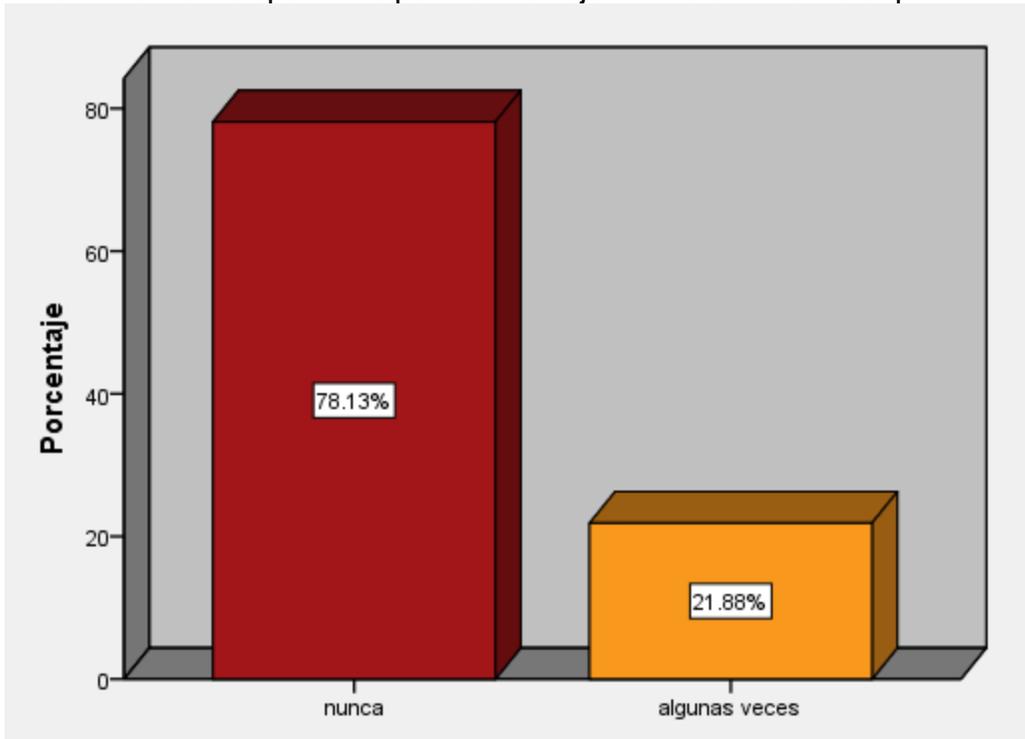
En la gráfica 21 se presenta con qué frecuencia el profesional le explico a la mujer que podía deambular libremente mientras el trabajo de parto, el 53.1% menciona que nunca, el 25% algunas veces y el 21.8% casi siempre.

Tabla 22. ¿Con que frecuencia el profesional que atendió su parto le explico las alternativas disponibles para el manejo del dolor durante el parto?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	25	78.1	78.1	78.1
	algunas veces	7	21.9	21.9	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Grafica 22. ¿Con que frecuencia el profesional que atendió su parto le explico las alternativas disponibles para el manejo del dolor durante el parto?



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

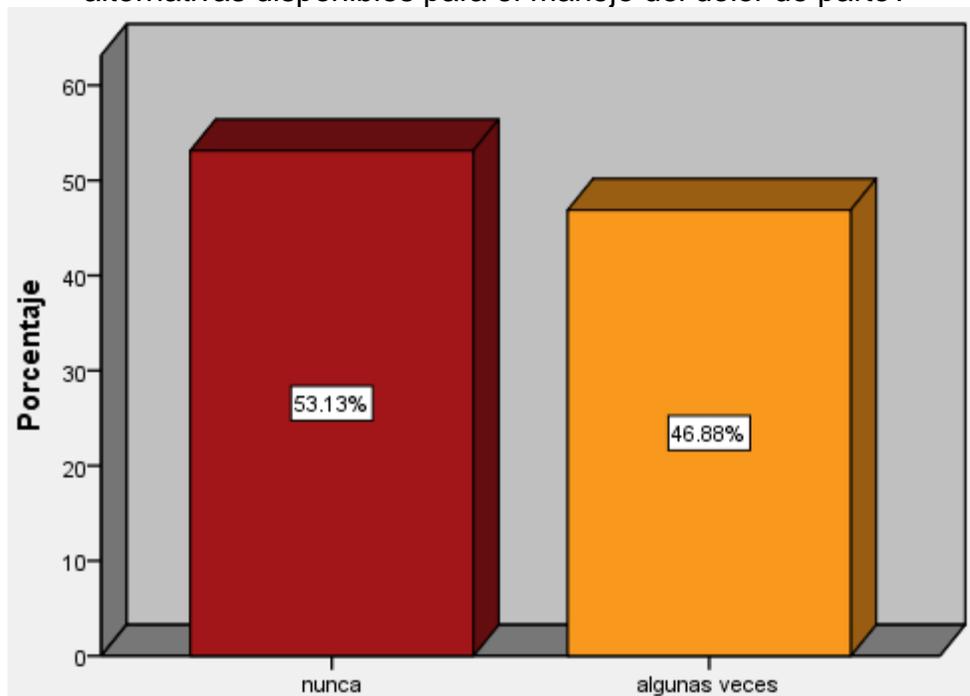
En la gráfica 22 se presenta si el profesional le explico las alternativas disponibles para el manejo del dolor durante el parto, el 78.1% menciono que nunca, el 21.8% algunas veces.

Tabla 23. ¿Con que frecuencia el profesional que atendió su parto le ofreció alternativas disponibles para el manejo del dolor de parto?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido nunca	17	53.1	53.1	53.1
algunas veces	15	46.9	46.9	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Grafica 23. ¿Con que frecuencia el profesional que atendió su parto le ofreció alternativas disponibles para el manejo del dolor de parto?



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

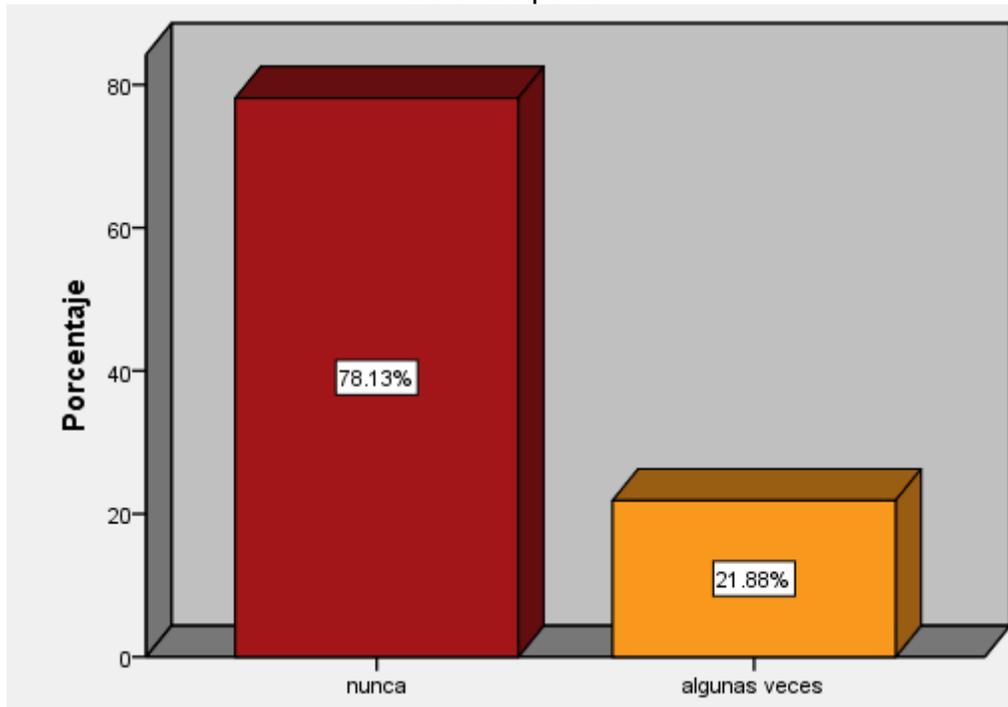
En la gráfica 23 se presenta si el profesional le ofreció a la mujer alternativas para el manejo del dolor durante el parto, el 53.1% menciono que nunca, el 46.8% algunas veces.

Tabla 24. ¿Con que frecuencia las alternativas ofrecidas le permitieron aliviar el dolor de parto?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido nunca	25	78.1	78.1	78.1
algunas veces	7	21.9	21.9	100.0
Total	32	100.0	100.0	

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Grafica 24. ¿Con que frecuencia las alternativas ofrecidas le permitieron aliviar el dolor de parto?



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

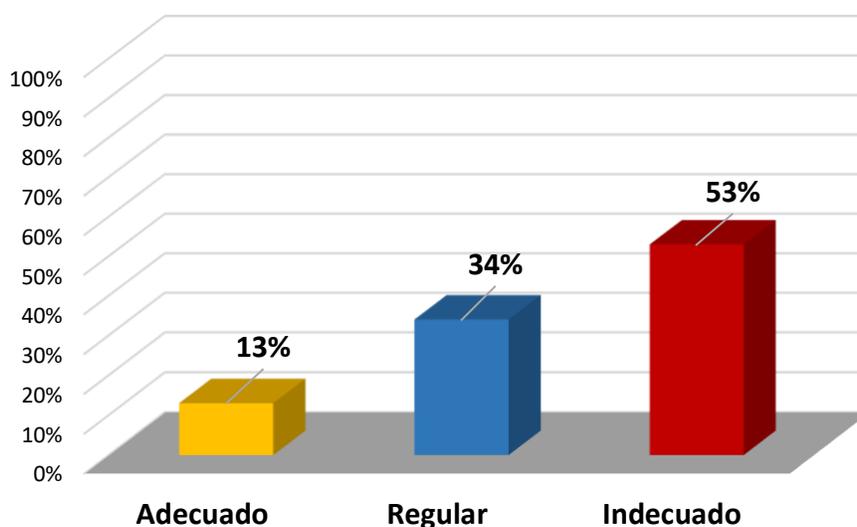
En la gráfica 24 se presenta la frecuencia con la que las alternativas que le ofrecieron a la mujer le permitieron aliviar el dolor de parto, el 78.1% menciona que nunca y el 21.8% algunas veces.

Tabla 25. Percepción del parto humanizado de las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco.

Percepción	frecuencia	porcentaje
Adecuada	4	13
Regular	11	34
Inadecuada	17	53
Total	32	100

Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

Grafica 25. Percepción del parto humanizado de las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco.



Fuente: Encuesta aplicada a las pacientes atendidas de parto en el servicio de tocología del Hospital General Acapulco septiembre-noviembre 2019.

En la gráfica 25 se observa la percepción del parto humanizado que tuvieron las pacientes atendidas en el servicio de Tocología del Hospital General de Acapulco, el 53% percibe que el parto humanizado es inadecuado, el 34% regular y solo un 13% percibió que fue adecuado.

CAPITULO V
CONCLUSIONES



5.1 CONCLUSIONES

En la presente investigación se concluye que la percepción global sobre el parto humanizado evidenció que la mayoría de pacientes coincide que este proceso se realizó de forma inadecuada 53,0%, un 34,0% percibió que el parto humanizado se realizó de forma regular y solo el 13,0% percibió que el parto humanizado se realizó de forma adecuada.

- En relación al trato profesional implícito en el parto humanizado que se brinda en el servicio de Tocología del Hospital General fue percibido por la mayoría de pacientes de forma inadecuada, ya que solo en algunas ocasiones, se presenta el profesional con la usuaria, la llama por su nombre, respeta su intimidad y tiene un trato amable.

- La libre elección de la posición implícita en el parto humanizado fue percibida por las pacientes de forma inadecuada, ya que el 100% refirió que nunca se les explico sobre las posiciones en las que podía tener su parto, el 100% solo conocía la posición acostada ya que nunca se les dio la información y el 100% tuvo su parto acostada, constituyéndose como uno de los puntos más débiles del parto humanizado que se brinda en dicha institución.

- En relación al acompañamiento realizado durante el proceso de parto implícito en el parto humanizado siempre fue percibido inadecuado por las pacientes, ya que el 100% menciono que nunca se les explico que podían tener un acompañante, ni la forma en cómo podía apoyarlas durante el trabajo de parto (ayudar a respirar, apoyo emocional, masajes suaves....) y al 100% de las pacientes no se les permitió un acompañante.

- El manejo de dolor de parto implícito en el parto humanizado fue percibido como inadecuado ya que el 78 % de las pacientes menciono que nunca se les explicó que había alternativas para el manejo del dolor.

5.2 RECOMENDACIONES

Para evaluar los resultados de percepción de parto humanizado inadecuado, se sugiere realizar una revisión de los procesos estandarizados en la correcta aplicación de los protocolos para garantizar un parto humanizado de calidad en todas las pacientes.

Tomando en cuenta que la percepción hacia la libre elección de la posición de parto fue casi nunca favorable, se recomienda realizar intervenciones de tipo educativas donde se brinde psicoprofilaxis con el propósito de empoderar a la mujer y promover su derecho con respecto a la libre elección de la posición de parto.

Tomando en cuenta que la percepción hacia el manejo del dolor de parto fue en la mayor parte de casos casi nunca favorables, se recomienda además de ofrecer técnicas de manejo de dolor, educar acerca de las alternativas de manejo del dolor y explicar en qué consiste cada alternativa con el propósito de humanizar más aún el proceso de parto.

Se recomienda realizar posteriores estudios de tipo relacional que permitan establecer cuáles podrían ser los factores que afectan estas percepciones que tienen las pacientes con respecto al parto humanizado, con el propósito que el profesional tenga en cuenta a la hora de brindar atención.

Se recomienda iniciar el funcionamiento de la unidad de parto amigable ya que en la institución se cuenta con ella pero no se ha realizado su funcionamiento, cabe destacar que la infraestructura es un factor que influye para llevar a cabo el modelo de parto humanizado sobre todo en el rubro de acompañamiento.

Educar y concientizar al personal continuamente sobre el nuevo modelo de atención con un enfoque humanizado del parto y los criterios que deben realizarse para hacer del parto una experiencia agradable para la mujer y sus acompañantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Álvarez, C. (2013). *Cómo describen el cuidado de enfermería las mujeres que presentaron hemorragia postparto*. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n1/v13n1a03.pdf>
- Ávila, A., Mendoza, R. & Contreras, S. (2016). *Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas*. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300011
- Biurrun, A. (2017). *La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol*. Disponible en: https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/457137/ABG_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Borges, L., Sánchez, R., Domínguez, R. & Sixto A. (2018). *El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer*. Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/226/293>
- Contreras, M. & Guaymas, M. (2017). *Cuidados de enfermería para un trabajo de parto humanizado*. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/21688>
- Del Pilar G. (2015). *Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015*. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4278/Vela_cg.pdf;jsessionid=299A0EB9F0D5FC99DD54FF18DAB184CD?sequence=1

Da Silva, I. & Santana R. (2017). *Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal*. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300071

García, B. (2019). *Partería tradicional vs violencia obstétrica*. Disponible en: <https://piedepagina.mx/parteria-tradicional-vs-violencia-obstetrica/>

Lazcano, E., Shiavon, R., Uribe, P., Walker, D., Suarez, L., Luna, R. & Ulloa, A. (2018). *Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna*. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800019

López C. D. (2016). *Propuesta educativa Especialidad en partería profesional*. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/58151/Tesis%20Licenciatura.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Massari BR. (2016). *Cumplimiento de la ley de parto respetado por el equipo de salud*. Disponible en: <https://enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/>

Milenio. (2019). *Cállate y puja. ¿ qué es la violencia obstétrica?* Disponible en: <https://www.milenio.com/estilo/callate-y-puja-que-es-la-violencia-obstetrica>

Ortega, J. K., Pizarro, E. & Riera, M. A. (2015). *Determinación de los niveles de ansiedad por medio de la escala de Hamilton en mujeres gestantes en labor de parto del hospital “Vicente corral Moscoso”*. Cuenca, 2014. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21075/1/Tesis%20Pregrado.pdf>

Pozzio, M.R. (2016). *La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica*. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/381/38143846007/html/index.html>

Uribe, C., Contreras, A., Bravo, P., Villarroel, L. & Abarzua, F. (2018). *Modelo de asistencia integral del parto: Concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad*. Disponible:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000300266

ANEXOS



ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitada a ser partícipe de un estudio que se lleva a cabo por una estudiante de la especialidad de enfermería médico-quirúrgica de la unidad de posgrados de la facultad de enfermería número 2, el objetivo de esta carta es informarle acerca del estudio, antes que usted confirme su disposición a colaborar con la investigación.

El propósito de este estudio es conocer la Percepción de las pacientes del servicio de tocología sobre la atención del parto respetado antes y después de una intervención educativa de enfermería en el Hospital General de Acapulco. (2019), para participar en el estudio es necesario contestar un cuestionario que no llevara más de 10 minutos.

Es importante que usted sepa que su anonimato está garantizado, la investigadora mantendrá total confidencialidad con respeto a cualquier información obtenida en este estudio, ya que su nombre no aparecerá en ningún documento ni en la base de datos que se utilizara.

Es importante que usted sepa que su participación es voluntaria y no está obligado a participar y si accede a participar y en algún momento de la investigación decide retirarse puede hacerlo sin que tenga que dar explicación alguna a la investigadora.

Yo _____ he leído y entiendo en pleno uso de mis facultades a lo que conlleva mi participación en esta investigación por lo cual no tengo inconveniente en participar.

Fecha: _____

FIRMA: _____

ANEXO 2 : INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Instrucciones: Es grato dirigirnos a usted para solicitarle su participación en el presente estudio de investigación. Esta encuesta es de carácter anónimo y su finalidad es académica. Agradecemos de antemano su sinceridad y veracidad en los datos brindados.

Nº de encuesta:.....

Fecha:/...../.....

Hora:

I. Características sociodemográficas

1. Edad:.....años

2. Estado civil: () Casado/a () Conviviente () Soltero/a () Otro.....

3. Nivel de instrucción:

() Ninguno

() Primaria

() Secundaria

() Superior

Años aprobados.....

4. Ocupación:

() Ama de casa

() Trabajadora dependiente

() Trabajadora independiente () Otro:.....

II. Características ginecoobstétricas

5. Número de gestaciones: () Primigesta() Segundigesta () Multigesta

6. Número de partos:.....

7. Partos por cesárea: () No () Si,.....

8. Número de controles prenatales:

9. Sesiones de psicoprofilaxis obstétrica: () Si () No

III. Percepción sobre el parto humanizado

Trato profesional

10. ¿Cuando ingresó a la sala de parto, el profesional que le atendió su parto se presentó con usted?

() Nunca

() Algunas veces

() Casi siempre

() Siempre

11. ¿Qué tanta comunicación existió entre el profesional que le atendió su parto y usted durante el trabajo de parto?

() Nunca

() Algunas veces

() Casi siempre

() Siempre

12. ¿El profesional que le atendió su parto le explicó en qué consistía el trabajo de parto?

- () Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre
13. ¿Cuando el profesional que atendió su parto se dirigía a usted la llamaba por su nombre?
 () Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre
14. ¿El profesional que le atendió su parto le explicó los procedimientos que le iban a realizar durante su trabajo de parto?
 () Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre
15. ¿Cuando usted sentía que perdía el control de sí misma por dolores en el trabajo de parto, qué tanto el profesional que le atendió su parto le ayudó a controlarse?
 () Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre
16. ¿El profesional que atendió su parto respetó su intimidad en todo momento?
 () Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre
17. ¿El profesional que atendió su parto le pidió permiso antes de examinarla?
 () Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre
18. ¿Con qué frecuencia el profesional que le atendió su parto fue amable y paciente con Ud.?
 () Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre

Acompañamiento

19. ¿Con qué frecuencia el profesional que le atendió su parto le explicó que usted podía decidir tener un acompañante al momento de su parto?
 () Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre
20. ¿Con qué frecuencia el profesional que le atendió su parto le explicó que el acompañante que usted escogiera debía de ayudarla a respirar correctamente, relajarse, calmarla, darle seguridad apoyo, etc.?
 () Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre
21. ¿En qué momento cree Ud. que su acompañante debe estar en el trabajo de parto?

Libre elección de la posición para el parto

22. ¿Con que frecuencia el profesional que le atendió su parto le explicó que Ud. podría escoger la posición para dar a luz?
 () Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre
23. ¿Con qué frecuencia el profesional que le atendió su parto le enseñó las posiciones para el trabajo de parto?
 () Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre
- ¿Qué posiciones para el parto conoce Ud.?
 a). Echada b). Sentada c). De pie d). En cuclillas e). No sabe

24. ¿ Con qué frecuencia el profesional que le atendió su parto le explicó que Ud. podía deambular libremente mientras dure el trabajo de parto?

() Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre

25. ¿Con qué frecuencia le permitieron cambiar de postura para su mayor comodidad mientras duró el trabajo de parto?

() Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre

Manejo del dolor de parto

26. ¿Con qué frecuencia el profesional que atendió su parto le explicó las alternativas disponibles para el manejo del dolor durante el parto?

() Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre

27. ¿Con qué frecuencia el profesional que atendió su parto le ofreció alternativas disponibles para el manejo del dolor de parto?

() Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre

28. ¿Con qué frecuencia las alternativas ofrecidas le permitieron aliviar el dolor de parto?

() Nunca () Algunas veces () Casi siempre () Siempre

- ¿Después que nació su bebé, cómo se sintió Ud.?



PROGRAMA EDUCATIVO HACIA LA HUMANIZACIÓN DEL PARTO



Elaboro: Lic. Enf. Elizabeth Orozco
Estudiante de la especialidad enfermería medico
quirúrgica generación 2019-2020.

Índice general

INTRODUCCIÓN	107
OBJETIVOS	108
FICHA DESCRIPTIVA DEL PROGRAMA	109
TEMATICAS PARA LA INTERVENCION EDUCATIVA	110
ESTRATEGIAS EDUCATIVAS	111



Introducción

La educación es la base para que todo ser humano se desarrolle intelectualmente, el proceso enseñanza aprendizaje inicia con el surgimiento de la vida misma; las bases para que se desarrolle cualquier proceso en la atención a la salud inician a partir de la integración de los conocimientos que fundamentan las acciones, la experiencia clínica obtenida y el planteamiento de los objetivos que se quieren alcanzar; en el área de la salud, enfermería se ha caracterizado como una profesión comprometida con la educación, la cual está determinada por sus raíces históricas y culturales.

En el campo de la salud la educación es un componente esencial para mantenerse actualizado y responder a las necesidades emergentes de cuidado del usuario, por ello en el presente trabajo se realizó una intervención educativa con el objetivo de capacitar, actualizar y concientizar a los profesionales de salud del servicio de tocología del Hospital General sobre el nuevo modelo de atención del Parto humanizado.

Para realizar la intervención educativa se estructuró el programa educativo, determinando los objetivos a alcanzar y las estrategias educativas a emplear, las dimensiones que se abarcaron fueron las siguientes:

- Trato profesional.
- Acompañamiento o parto con acompañante.
- Elección de la posición para el parto.
- Manejo del dolor de parto.

La intervención educativa fue realizada en el servicio de tocología cuando las actividades de trabajo lo permitían, se calendarizó las fechas de capacitación y se realizó coordinación directa con los jefes de servicio y enseñanza del Hospital.



Objetivos

A) General

Capacitar, actualizar y Concientizar a los profesionales de salud del servicio de tología del Hospital general de Acapulco, sobre la importancia de cumplir con el nuevo modelo del parto humanizado.

B) Específicos

- a. Impartir una presentación corta sobre el modelo del parto humanizado, lineamientos, beneficios, implicaciones de legales de la violencia obstétrica y secuelas físicas y psicológicas en mujeres que han sufrido violencia obstétrica.
- b. Reproducir un video sobre el parto humanizado a fin de concientizar al personal de salud que labora en tología para brindar una atención más humana y menos tecnicada.
- c. Proporcionar un tríptico sobre el modelo del parto humanizado para retroalimentar la información y esta tenga un mejor impacto en la atención de las usuarias.



PROGRAMA EDUCATIVO

HACIA LA HUMANIZACIÓN DEL PARTO



FICHA DESCRIPTIVA	
Objetivo del programa	Capacitar, actualizar y Concientizar a los profesionales de salud del servicio de tocología del Hospital general de Acapulco, sobre la importancia de cumplir con el nuevo modelo del parto humanizado.
Área de conocimiento	Parto humanizado.
Modalidad	Presencial.
Sede	Servicio de Tocología del Hospital General de Acapulco.
Periodo	Por programar
Horario	Variable de acuerdo a la disponibilidad del personal de salud.
Estrategias didácticas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presentación en power point. ✓ Video de concientización ✓ Tríptico de retroalimentación

Temáticas para la intervención educativa

- ♣ NORMA Oficial Mexicana **NOM-007-SSA2-2016**, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién
- ♣ Violencia obstétrica
- ♣ Implicaciones legales de la violencia obstétrica
- ♣ ¿Cómo brindar un trato humanizado?
- ♣ Modelo Humanización del parto
- ♣ Los puntos clave del modelo del parto humanizado:
 - Trato profesional.
 - Acompañamiento o parto con acompañante.
 - Elección de la posición para el parto.
 - Manejo del dolor de parto.



Estrategias didácticas



PRESENTACION EN POWER POINT



VIDEO EDUCATIVO



Parto Humanizado - Instituto Nacional Materno Perinatal



Parto Humanizado - Instituto Nacional Materno Perinatal

TRIPTICO

DERECHOS DEL NACIMIENTO
LUCHAMOS POR ELLOS
"PONTE EN SU PIEL"
 Campaña de concienciación sobre el IMPACTO DE NACER.

Conscientes desde hace años de la influencia del nacimiento en los seres humanos queremos hacer una llamada de atención a todas las personas implicadas en el nacimiento de los niños y niñas en el momento de nacer sobre la importancia del vínculo estacional.

Investigaciones científicas nos alertan sobre las nefastas consecuencias que tiene para el bebé ser separado de su madre en el momento de nacer, de cómo afecta a la relación entre ambos y cómo este hecho condiciona su socialización durante toda la vida.

Queremos en unión a muchos grupos y asociaciones en el mundo conseguir **"PRETOS HUMANIZADOS / NACIMIENTOS RESPETADOS"** para nuestras mujeres, hijos e hijas y con esa intención seguimos trabajando.

Procurando los tratamientos para la mujer embarazada y el niño, publicados por la OMS en Fortalece Brasil en abril de 1985, y los 10 pilares de la Iniciativa Amiga en la Infancia y la Infancia BAMU-UNICEF.

En línea de Prevención hacia todo tipo maltrato infantil y violencia ejercida por el Parto en cualquier escenario público o privado.

EN UN NACIMIENTO RESPETADO
 Los ojos de su madre le permiten mirarse en ellos y saber así que es reconocido.

POR UN BUEN COMIENZO

EN UN NACIMIENTO NO RESPETADO
 Exponer a un recién nacido al vacío es igual que lanzar al agua a una persona que no sabe nadar.

"Hasta que no volvamos a ser capaces de observar un parto con el mismo respeto y entusiasmo de quien observa una puesta de sol, no habrá evolución posible para esta especie, porque en ella nos habremos perdido a nosotros mismos" J. Ricoy.

PROMOVEMOS PARA LA MUJER

- Ella Protagonista de su Parto
- Buen trato, atención respetuosa a la madre, y oportuna respuesta a sus inquietudes sobre los procedimientos y/o protocolos.
- Buen trato y respeto hacia la expresión de sus emociones y sentimientos.
- Respetemos los tiempos del nacimiento.
- Derecho a la compañía
- Intimidad. Factor indispensable para el fin de la Oribona Natural.
- Libertad de movimiento.
- Contacto inmediato Piel a Piel con su recién nacido.
- Evitar procedimientos por rutina.

PROMOVEMOS PARA EL RECIÉN NACIDO

- No separarlo de su madre, contacto inmediato y continuo.
- Esperar a que el cordón umbilical deje de latir para cortarlo.
- Fomentar el inicio INMEDIATO del amamantamiento.
- Una bienvenida cálida y amorosa.

POR EL BUEN TRATO

CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO		
	semana				Semana				Semana				semana				semana				semana				semana		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
Elaboración del proyecto de investigación	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■															
Gestión de autorización de permisos													■														
Recolección de información antes de la intervención educativa														■	■	■											
Intervención educativa con el programa educativo "Hacia la Humanización del parto"																	■	■									
Recolección de información después de la intervención educativa.																		■	■	■							
Captura de datos en la base estadística realizada en el programa estadístico SPSS.																						■					
Elaboración de cuadros y gráficas para el análisis de los datos.																						■					
Revisiones finales de trabajo concluido																							■	■			
Presentación del trabajo de investigación.																											■