

Parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras: una opción para la atención obstétrica en México

Dilys Walker • Leticia Suárez
Dolores González • Lisa M. DeMaria
Minerva Romero



Instituto Nacional
de Salud Pública



Parteras profesionales técnicas
y enfermeras obstetras:
una opción para la atención obstétrica
en México

Parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras: una opción para la atención obstétrica en México

Dilys Walker • Leticia Suárez
Dolores González • Lisa M. DeMaria
Minerva Romero



Parteras profesionales técnicas
y enfermeras obstetras:
una opción para la atención obstétrica
en México

Primera edición, 2011

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655,
Col. Santa María Ahuacatlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN 978-607-511-019-6

Impreso y hecho en México

Printed and made in Mexico

Dra. Dilys Walker: Departamentos de Gineco-obstetricia y Salud Global, Universidad de Washington. / Mtra. Leticia Suárez, Mtra. Dolores González, MD. Minerva Romero: Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. / Mtra. Lisa M DeMaria: Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

Citación sugerida:

Walker D, Suárez L, González D, DeMaria LM, Romero M. Parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras: una opción para la atención obstétrica en México. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública, 2011.

contenido

Agradecimientos	9
Presentación	11
■ Introducción	13
■ Modelos alternativos en la atención obstétrica: su formación y práctica profesional	17
■ Metodología	23
■ Consultas prenatales, partos atendidos y consultas posparto	29
■ Evaluación de los expedientes clínicos	35
■ Acciones realizadas en las unidades médicas rurales a las mujeres en trabajo de parto	47
■ Conclusiones y recomendaciones	65
■ Anexos	69
■ Referencias	75

Agradecimientos

Esta publicación es producto del proyecto de investigación “Incorporación de personal alternativo para la atención del embarazo, parto y puerperio en clínicas rurales de la Secretaría de Salud”, realizado por la Dirección de Salud Reproductiva del Centro de Investigación en Salud Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública con apoyo del Instituto Nacional de las Mujeres y del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Las autoras agradecen la valiosa colaboración de las parteras profesionales técnicas (PPT) y a las licenciadas en Enfermería y Obstetricia (LEO) que conformaron el equipo de trabajo: PPT Nohemí Luna, PPT Linda Vargas, PPT Heidi Janeth Sánchez, PPT Ma. Fátima del Rosario Ramírez, PPT Guadalupe Díaz, PPT Nelcy Flores, LEO Maritza Castro, LEO Fernando Aragón, LEO Alejandra Vargas, LEO Janeth Landero, por todo su esfuerzo y dedicación a pesar de las dificultades administrativas por las que atravesó este proyecto y a las enfermeras que trabajaron en campo, Carolina Miranda y Adriana Ramírez, por vencer todos los obstáculos que se presentaron en cada uno de los sitios que visitaron. Asimismo, nuestra gratitud a los Servicios de Salud del Estado de Guerrero y a los Servicios de Salud del Estado de Oaxaca por la confianza al permitir la realización de esta investigación, así como por la aportación económica otorgada por ellos y por la Secretaría de la Mujer del Estado de Guerrero para el pago de los salarios de los proveedores alternativos.

Agradecemos también a la Dra. Leslie Cragin y a la Mtra. Susanna Cohen su valiosa participación en la capacitación de las parteras profesionales técnicas y de las licenciadas en Enfermería y Obstetricia, a la Mtra. Angélica García por su participación en el diseño muestral del estudio y a las Mtras. Marisela Olvera y Aldanely Padrón por su apoyo en el procesamiento de la información.

Un agradecimiento especial para el Instituto Nacional de las Mujeres por la impresión de este documento.

Presentación

Este libro es resultado de una investigación en el tema de salud materno infantil. Los trabajos desarrollados en esta temática durante más de 20 años por diferentes investigadores de la Dirección de Salud Reproductiva del Centro de Investigación en Salud Poblacional en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) han llevado a constituir, a partir de 2009, la “Línea de investigación en salud reproductiva” de la cual la salud materno infantil es uno de sus componentes.

En las últimas décadas el panorama internacional ha focalizado su atención en la salud materno infantil debido a que la tendencia a lo largo del tiempo de la morbimortalidad en estos grupos no ha descendido de la forma deseada.¹ De acuerdo con las Metas del Milenio, México junto con 188 países más se comprometieron, en lo general, a mejorar sustancialmente la calidad de vida de la población y en particular, a dos de las acciones planteadas para el periodo 1990 a 2015, que fueron la reducción en tres cuartas partes de la tasa de mortalidad materna y la disminución en dos terceras partes de la tasa de mortalidad infantil.^{2,3} La justificación para plantear estas dos metas se basa en información que demuestra que en la mayoría de los países, la mortalidad infantil ha disminuido en las décadas recientes; sin embargo, la mortalidad materna y neonatal generalmente ha permanecido inalterada. La mortalidad del neonato abarca casi 40% de las 9.7 millones de muertes estimadas de niños menores de cinco años, y casi 60% de las muertes durante el periodo neonatal. Asimismo, cada año cerca de medio millón de mujeres mueren anualmente debido a complicaciones del embarazo y alumbramiento. 99% de los casos de mortalidad materna y de los recién nacidos ocurren en los países en vías de desarrollo, en donde más de la mitad de las mujeres aún dan a luz sin asistencia de personal sanitario capacitado.⁴

Desde 1999 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras agencias internacionales han propuesto incrementar la proporción de partos con atención calificada como una intervención estratégica para reducir la mortalidad y morbilidad materno infantil en el corto y mediano plazos.^{5,6} A este respecto, en nuestro país ha habido un incremento acelerado en la proporción de partos atendidos por personal médico, al pasar de 54.7% en el periodo 1974-1976⁷ a 84.3% en 1997; a 89.5% en 2006;¹ y a 92.8%⁸ en 2009. A pesar del aumento de la cobertura de atención por médicos y de que gran parte de los partos ocurren

en el ámbito hospitalario, es justo en estos lugares en donde se ha concentrado el mayor número de muertes maternas, sobre todo en hospitales públicos⁹ y en áreas rurales, en donde los pasantes en servicio social desempeñan un papel fundamental en la provisión de atención médica.¹⁰ Sin dejar de reconocer que la mortalidad materna es un tema complejo y que por lo tanto no existe una solución única, la concentración de muertes en sitios atendidos por médicos lleva a cuestionar la calidad del entrenamiento que estos proveedores tienen para la atención de las mujeres embarazadas.^{11,12,13}

Una opción alternativa para la atención de partos en México es la que proporcionan dos modelos de atención no reconocidos como independientes: el de las parteras profesionales técnicas y el de las enfermeras obstetras, las cuales tienen una formación profesional oficialmente reconocida y están capacitadas para la atención obstétrica sin complicaciones. La Dirección de Salud Reproductiva del Instituto Nacional de Salud Pública ha realizado una serie de investigaciones para demostrar la capacidad de estos prestadores de servicios de salud.^{11,14,15} En este sentido, los resultados presentados en este libro representan la culminación de la generación de esta evidencia científica, en donde se confirma que las habilidades y destrezas de estas profesionales, formadas al interior del modelo de partería profesional y de la enfermería obstétrica es equiparable y en algunos casos mejor que el modelo médico.

En este libro se presentan los resultados de un análisis comparativo entre el modelo de parteras profesionales técnicas y el de las enfermeras obstetras con respecto al modelo médico en la atención del parto en unidades médicas rurales de la Secretaría de Salud de Guerrero y Oaxaca. Se analizaron tres fuentes de información distintas, pero complementarias, que demuestran que las parteras profesionales técnicas y las enfermeras obstetras son una buena opción para la atención de las mujeres embarazadas en el país.

En el ámbito mundial se registran aproximadamente 130 millones de nacimientos anuales, de los cuales alrededor de 10 a 15% se complican y requieren la intervención rápida de personal calificado para que la mujer sobreviva y no padezca discapacidades durante el resto de su vida. En aproximadamente 5% de los casos se desarrollan complicaciones potencialmente mortales.¹⁶ Se estima que en 2008, 358 000 mujeres murieron a causa de complicaciones surgidas durante el embarazo, el parto o el puerperio.¹⁷

La Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo, lanzada en 1987 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Banco Mundial y otras organizaciones directamente interesadas en la salud materna, colocó la mortalidad materna en el primer plano de la salud pública internacional. Ello dio lugar a mejoras significativas en los conocimientos y puso de relieve la falta de equidad que se oculta tras la mala salud de las madres. De hecho, ya desde 1999 en la Declaración Conjunta de la OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial sobre reducción de la mortalidad materna se proponía una serie de medidas necesarias y entre ellas está la prestación de servicios calificados durante el embarazo y el parto, así como acceso a servicios especializados en caso de complicaciones. Se precisaba que se podrían salvar muchas vidas si durante el parto las mujeres estuvieran atendidas por personal de partería competente y tuvieran acceso a una atención obstétrica de emergencia en caso de complicaciones. Señalaban que las parteras tradicionales podían facilitar una

educación sanitaria culturalmente apropiada y apoyo emocional a las mujeres durante el embarazo y el parto, pero que no estaban en condiciones de prestar la atención obstétrica esencial necesaria para tratar complicaciones.^{16,18,19} En esta misma declaración conjunta se definió como “partera calificada”^{*,20} exclusivamente a aquellas personas con conocimientos en partería (por ejemplo, médicos, parteras, enfermeras) que han adquirido competencia en las técnicas necesarias para ocuparse de partos normales y diagnosticar complicaciones obstétricas o proceder a referir pacientes en esos casos.¹⁸ Se consensó que la atención calificada del parto se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su hijo reciben cuidados adecuados durante el trabajo de parto, el parto y el período de posparto y neonatal, ya sea que el parto tenga lugar en el hogar, el centro de salud u hospital. Para que esto ocurra, el asistente capacitado deberá tener las destrezas necesarias y además contar con el apoyo de un entorno habilitante en varios niveles del sistema de salud. Esto incluye un marco de políticas y normas, suministros adecuados, equipamiento e infraestructura, además de un eficiente y efectivo sistema de comunicación y de referencia/transporte.²¹

Si hasta 1996 se otorgaba importancia a la atención obstétrica proporcionada por *proveedores capacitados*, a partir de este mismo año la OMS hace un reforzamiento del enfoque hacia la atención calificada y concentra su estrategia de intervención en la figura del *proveedor calificado*. La mayor parti-

* Posteriormente el nombre cambió a “asistentes de partería calificados”¹⁶ o “asistentes calificados”.²⁰

cularidad de esta perspectiva es que no se concentra exclusivamente en la formación y despliegue de personal calificado, sino en la necesidad de ofrecer a todas las mujeres embarazadas una atención calificada;²² su principal premisa es que todas las mujeres tienen derecho a cuidados de calidad durante el parto y asume que este tipo de cuidados (tales como prácticas higiénicas y el manejo activo del tercer estadio del trabajo de parto) puede prevenir algunas complicaciones, aumentar la probabilidad de un tratamiento inmediato y apropiado cuando ocurren complicaciones y promover una referencia rápida y oportuna si fuera necesario.²¹ Establece que los proveedores calificados comprenden principalmente a los médicos, las enfermeras y las parteras profesionales; aclarando que otros tipos de proveedores de salud formales pueden ser considerados siempre y cuando tengan calificación para atender partos. Argumenta que disponer de personal calificado para la atención del parto es el medio para asegurar que todo parto sea atendido óptimamente.²²

En nuestro país existen diversas organizaciones que se han abocado a capacitar personal para la atención del parto vaginal sin complicaciones: Casa de Partos Luna Maya; Centro de Educación para el Bienestar Humano; Plenitud; Embarazo, Parto y Lactancia; Parto Libre; Asociación Nueve Lunas; entre otras,²³ sin embargo sólo la Escuela de Parteras Profesionales Técnicas del Centro de Apoyo en Salud para Adolescentes (CASA), en San Miguel de Allende, Guanajuato, tiene reconocimiento oficial por parte de la Secretaría de Educación Pública. En el caso de la Licenciatura en Obstetricia, la UNAM a través de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) y el Instituto Politécnico Nacional (IPN), en el DF, cuentan con programas de formación para enfermeras obstetras.

En México no se contaba con una evaluación de los diferentes modelos de atención hospitalaria al nacimiento, por lo que se desconocían las fortalezas y debilidades de dichos modelos; en la Dirección de Salud Reproductiva del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), un equipo de investigadoras con

el liderazgo de la Dra. Dilys Walker dio inicio en 2005 a una serie de investigaciones sobre el tema, sin considerar la contribución de médicos gineco-obstetras, con diversos componentes:

1. Revisión del currículo de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO); de la Escuela de Medicina (UNAM Iztapalapa), y de la Escuela de Partería Profesional CASA con base en la evaluación de los criterios definidos por la Organización Mundial de la Salud para asistentes capacitados para el parto.¹¹
2. Un estudio retrospectivo de la infraestructura, recursos humanos y físicos, servicios y resultados obstétricos en cada uno de los sitios del estudio.²⁴
3. Una estimación de los costos para el entrenamiento y la atención para cada tipo de proveedor.²⁴
4. Un estudio cualitativo a través de entrevistas a parteras profesionales técnicas, enfermeras obstetras, médicos generales y médicos especialistas.²⁴
5. Una evaluación (estudio transversal) de los partos atendidos independientemente por parteras profesionales técnicas (PPT), licenciadas en Enfermería y Obstetricia (LEO), médicos generales (MG) o bien en co-manejo en hospitales.¹⁴

Los principales resultados obtenidos en estas investigaciones fueron: una valoración curricular muy positiva a favor del programa que se imparte en la Escuela de Partería Profesional CASA,¹¹ mientras que en el ámbito hospitalario se encontró que los proveedores alternativos tuvieron en general un mejor desempeño que los MG con respecto a las prácticas recomendadas por la OMS de acuerdo con la medicina basada en evidencia.^{24,15,14} Estos antecedentes fueron la base para desarrollar el trabajo que aquí se presenta, el cual evalúa el desempeño de los proveedores de salud en la atención del parto en los centros de salud (CS) donde sólo hay médicos generales (o médicos pasantes en servicio social) respecto a los CS donde la atención es dada por las parteras profesionales técnicas o licenciadas en Enfermería y Obstetricia en zonas rurales de los estados de Guerrero y Oaxaca.

Para el desarrollo del presente estudio aleatorizado por conglomerados, se invitó a participar a PPT egresadas de la Escuela de CASA y a LEO egresadas de la ENEO y de la Escuela de Enfermería del IPN en noviembre de 2008, que durante tres semanas recibieron capacitación y orientación del trabajo en los servicios de salud públicos. A partir de enero de 2009 las PPT y LEO comenzaron a laborar en los CS seleccionados para el estudio. Para la recolección de datos se contó con la colaboración de dos enfermeras generales cuya labor era visitar todas las unidades médicas consideradas en este estudio para recabar, de forma periódica, información de los expedientes clínicos de las mujeres que habían tenido un parto en los CS, además de realizar entrevistas a los proveedores médicos y alternativos respecto de la atención que habían dado en los tres últimos partos atendidos durante los 30 días anteriores a la visita. Por otra parte, se solicitaron a las autoridades de los Servicios de Salud de Guerrero y Oaxaca los datos registrados en los informes de actividades de las unidades médicas de primer nivel del Sistema de Información en Salud (SIS) respecto al número de consultas otorgadas a mujeres embarazadas y puérperas, así como el número de partos atendidos y de tamices neonatales a partir de enero de 2008.

Toda la información recabada permitió que el análisis de información se hiciera en tres fases:

- a) En la primera se efectuó un análisis del cambio porcentual para cada rubro general de servicio de salud ofrecido relacionado con la atención obstétrica, de acuerdo con la información oficial que los mismos Servicios de Salud de Guerrero y Oaxaca proporcionaron.
- b) En la segunda se hizo un análisis comparativo de la información del llenado de los expedientes clínicos en los sitios donde atendían las PPT o LEO respecto a los lugares donde atendían los MG.
- c) En la tercera se analizó la información de las entrevistas a médicos, PPT y LEO respecto a las prácticas rutinarias que realizan cuando llega una mujer embarazada a atenderse.

La diversidad de estrategias utilizadas para obtener la información permitió conformar una base de datos valiosa que permitió estudiar desde distintos ángulos los modelos alternativos y compararlos con el modelo médico hegemónico.

Los diferentes capítulos del libro se elaboraron buscando mostrar y reafirmar la evidencia científica obtenida en investigaciones anteriores del INSP respecto a la calificación que las parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras tienen para llevar la atención y seguimiento de mujeres embarazadas, de los partos, de la etapa del puerperio y de los cuidados básicos a los recién nacidos. Para esto se consultaron los lineamientos de la OMS²⁵ los cuales son acordes con la Norma Oficial Mexicana 007²⁶ y con los lineamientos técnicos mexicanos para la atención a la mujer embarazada.^{27,28}

En el capítulo 2 se explican los modelos de formación de personal calificado que existen en nuestro país para la atención del parto y se detalla la formación y las prácticas profesionales que deben realizar para figurar como proveedores calificados. Asimismo se da una breve descripción del modelo médico.

Posteriormente, en el siguiente capítulo, se explica la metodología general de esta investigación así como la utilizada en cada uno de los siguientes tres capítulos dependiendo de la fuente de información a la que se tuvo acceso.

En el capítulo sobre los partos atendidos y las consultas prenatales y puerperales se presentan los resultados obtenidos del análisis comparativo en estos rubros realizado entre los CS donde había o no proveedores alternativos. Tomando como línea basal la información del año anterior a la entrada de las PPT y LEO a las unidades médicas, se efectuó un análisis comparativo entre julio a diciembre de 2008 y julio a diciembre de 2009.

En el capítulo sobre la evaluación de los expedientes se presentan los resultados comparativos entre los CS con y sin proveedores alternativos en cuanto a la información básica que debe contener el expediente clínico de una mujer que acude para

la atención de parto y para consultas prenatales y de posparto. Asimismo, se efectúa un análisis descriptivo de algunas de las acciones clave que se deben realizar a las pacientes en las visitas prenatales, en la atención del parto y en el posparto inmediato según la Norma Oficial Mexicana 007.²⁶

En el capítulo sobre las acciones realizadas por PPT, LEO y médicos a las mujeres que acuden

a los CS para la atención del parto se hace una evaluación tomando como base las recomendaciones de la OMS para la buena práctica obstétrica, de acuerdo a medicina basada en evidencia. Adicionalmente, en este mismo capítulo se efectúa un análisis sobre los resultados obstétricos y neonatales obtenidos por las PPT, LEO y MG. En la parte final se presentan las conclusiones y recomendaciones.

Modelos alternativos en la atención obstétrica: su formación y práctica profesional

En nuestro país, para la atención del evento obstétrico, coexiste el modelo médico hegemónico, representado básicamente por médicos generales y especialistas, y dos modelos de profesionales no médicos con educación formal en Obstetricia para ofrecer atención del embarazo y el parto en el primer y segundo nivel de atención.

En este capítulo se describen los modelos que llamamos alternativos al modelo médico hegemónico: el modelo bajo el cual se forman las parteras profesionales y el modelo de enfermería obstétrica. De manera más breve se describe el modelo del médico general. No se menciona el modelo de los especialistas debido a que se considera que sus habilidades son adecuadas y porque no es realista, ni es necesario proponer que cada mujer pudiera ser atendida por especialistas.

Para este estudio, fueron invitadas a participar egresadas de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y de la Escuela de Enfermería del IPN.

Modelo de atención de partería

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) describe el modelo de la partería por competencias, el cual debe cumplir todo el personal calificado en partería. Este modelo tiene como finalidad la promoción de la salud con la participación activa y la responsabilidad compartida de mujeres y familias en decisiones que afecten su salud y bienestar. Los atributos clave del modelo de los servicios de partería son:²⁹

1. Seguridad (competencia) basada en un pensamiento crítico, la práctica clínica basada en

pruebas, toma de decisiones responsables y el uso ético de la tecnología;

2. Satisfacción de los beneficiarios tanto como de los proveedores de la atención;
3. Respeto para la dignidad humana y apoyo/promoción de los derechos humanos básicos;
4. Respeto a la diversidad cultural y étnica (competencia cultural);
5. Apoyo y promoción a la autodecisión de los clientes (empoderamiento mediante conocimiento que promueve la elección fundamentada, toma de decisiones participativa);
6. Período de “inactividad” entre consultas (espera crítica en lugar de intervención indiscreta); y
7. Enfoque de los servicios de atención que sean convenientes para la mujer y centrados en la familia.

El modelo de atención de partería se basa en la confianza mutua y el respeto entre el profesional de la salud y los individuos que buscan su asistencia, lo que requiere responsabilidad de ambas partes. Uno de los sellos distintivos del modelo de partería es la combinación de la pericia apropiada para las necesidades específicas de sus pacientes, con la intervención y la referencia oportuna a otros profesionales de la salud, cuando la condición de las pacientes merece tal atención (debe ser humilde, no obstaculista, realista, consciente de sus propias limitaciones y debe tener voluntad para remitir o buscar ayuda).

El modelo de servicio de partería es un enfoque de atención a las mujeres durante toda su vida, particularmente durante el momento de la maternidad.

Se ha confirmado que el modelo de atención de partería por competencias descrito por la OMS/OPS es el más viable para ofrecer la atención calificada y humanizada del parto a mujeres que viven en zonas alejadas de los centros urbanos y que por motivos culturales eligen parir con parteras.

Sin dejar de reconocer que en años recientes en México han surgido algunos organismos no gubernamentales^{30,31} que dicen capacitar a personas interesadas en aprender partería, bajo los lineamientos del modelo antes descrito destaca en nuestro país la Escuela de Parteras Profesionales Técnicas que forma parte de CASA³² de San Miguel de Allende, Guanajuato. Esta escuela sigue siendo la única de partería profesional en México con reconocimiento oficial de la Secretaría de Educación Pública, lo que hace que las egresadas de este lugar sean las únicas que pueden obtener una cédula profesional técnica. La escuela consiguió obtener el nivel de técnico terminal debido a que muchas de las estudiantes no contaban con la preparatoria completa; actualmente CASA se encuentra haciendo las modificaciones pertinentes a su programa académico y está buscando que éste sea reconocido como licenciatura. Tiene la experiencia de haber formado a 12 generaciones de parteras técnicas egresadas de sus aulas. Cabe aclarar que este estudio y los que le han antecedido fueron realizados con la participación de las PPT egresadas de esta escuela.

Su propuesta de formación retoma la sabiduría de la partería tradicional mexicana y da gran importancia a la relación de transmisión de conocimientos/aprendizaje que se establece entre las estudiantes y las parteras tradicionales e indígenas de las comunidades. Destaca el enfoque global de la partería al mirar el parto como un evento natural y no como una inevitable catástrofe, e invitan a las mujeres a reconocer sus capacidades para parir, fortaleciendo su autoestima y seguridad.

Cuenta con un plan de estudios basado en el modelo de la partería por competencias propuesto por la OMS que centra la atención en las necesidades de la mujer. El programa es académico y forma

profesionales que han de poder desempeñarse tanto en el ámbito hospitalario del primero y segundo nivel, como en la atención a domicilio.

Las alumnas llegan de zonas rurales y urbanas de diferentes estados del país; se pide como requisito académico la secundaria terminada y haber alcanzado un promedio mínimo de 8. Sin embargo, debido al contexto social en que se ubica la escuela, un barrio semiurbano de San Miguel de Allende, Guanajuato, donde los niveles de instrucción académica que la población alcanza son más altos que en cualquier otra región indígena, resulta común que lleguen a estudiar a CASA mujeres con la preparatoria concluida o bien con la carrera de Enfermería general.

El programa se lleva a cabo bajo un sistema de aprendizaje escolarizado en sus propias instalaciones (las estudiantes deberán tener disponibilidad para vivir en San Miguel de Allende durante los 3 años que dura su formación). Las prácticas se realizan en el hospital de CASA, en la comunidad y en las casas de mujeres urbanas y semiurbanas de la localidad.³³

El servicio social para las estudiantes tiene una duración de 12 meses y lo realizan en un ambiente hospitalario en clínicas de la Secretaría de Salud (SSA) o del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Tiene una estructura con asignaturas organizadas semestralmente de acuerdo a los créditos y horas de cada curso; el contenido temático está centrado en el área clínico-biológica, con un marcado énfasis en la práctica clínica y comunitaria.

Hasta el momento no se tiene conocimiento de que otros programas de formación en partería profesional hayan sido evaluados en México, por lo que no se sabe cómo es el desempeño práctico de las egresadas de otras escuelas, a diferencia del programa de estudios de CASA, que junto con el desempeño de las parteras egresadas, han sido objeto de evaluación y se ha probado que su modelo de atención resulta ser, en comparación con el modelo médico y el de enfermería obstétrica, el que alcanza mayor puntaje, ya que sigue las recomendaciones de la OMS para la atención del parto,¹¹ por lo que

ha recibido el aval y el reconocimiento de otros profesionales de la salud.*³⁴

La partería profesional en México está en camino de lograr ser reconocida oficialmente como profesión; un claro ejemplo de esto es la reciente modificación a la Ley General de Salud para incluir a las PPT como proveedoras de salud calificadas y que en enero de 2011 la Secretaría de Hacienda y Crédito Público autorizó la creación y registro del puesto de partera asistencial, lo que posibilita que los servicios de salud de cualquier estado estén en condiciones de contratar los servicios de estas profesionales.

Modelo de atención de enfermería obstétrica

El modelo de atención obstétrica en enfermería, al igual que el de partería profesional, tiene como características principales la atención centralizada en la mujer gestante y su familia.

La partera profesional titulada[‡] del siglo pasado es el antecedente más cercano a la licenciada en

Enfermería y Obstetricia.³⁵ Actualmente hay varias universidades en el país que ofrecen el programa de licenciatura en Obstetricia.

Desde su origen, (el primer programa académico de Enfermería en México se creó en 1912) a la enfermera se le ha atribuido el cuidado y la atención de niños, mujeres embarazadas y ancianos, por lo que conforme la profesión ha avanzado en los niveles educativos, ha logrado que el cuidado que otorga se especialice de acuerdo con cada etapa de la vida.

Desde la época prehispánica, en México la *tizitl* (partera empírica) era la responsable de atender a la mujer en el embarazo, parto y puerperio y de dar los cuidados necesarios al recién nacido. Conforme las necesidades de atención fueron cambiando, esta práctica demandó mayores conocimientos y técnicas propias de la enfermería, por lo que fue necesario fusionar la enfermería y la partería. El legado de la *tizitl*, así como su prestigio social fue un antecedente importante para que la enfermera-partera tuviera una gran aceptación social durante varias décadas tanto en el ámbito comunitario como institucional.

A partir de la creación de la figura de la enfermera-partera y la incorporación de los conocimientos científicos, técnicos y los valores éticos derivados de la filosofía de la enfermería, su práctica se constituye en un ejercicio profesional independiente y responsable que contribuye a garantizar una atención perinatal de calidad, proporcionando los cuidados personalizados e integrales a través de instrumentar las etapas del “Proceso de atención de enfermería” (valoración, planeación, ejecución y evaluación).

La enfermera obstetra cuenta con una formación profesional que le permite comprender los factores que condicionan la calidad de vida, analizar la realidad nacional y los problemas de salud reproductiva para definir su participación en el desarrollo de las estrategias y acciones que requieren estos problemas de salud. Asimismo, está preparada para diseñar o implementar los métodos para lograr

* Estas nuevas parteras profesionales mexicanas han luchado por romper el silencio que las instituciones han impuesto en cuanto a los beneficios que aportan los cuidados que proporciona una partera calificada y contra la idea generalizada de que la biomedicina es la única fuente y práctica del saber. Hasta hace poco, los gobiernos federales y estatales habían sido renuentes a volver a incorporar a las parteras profesionales en el sistema de salud pública y se han mostrado escépticos acerca de los beneficios de la atención obstétrica prestada por proveedores no-médicos. Para muchos, la incorporación de las parteras representaría un regreso al pasado y no necesariamente una decisión informada de políticas.

‡ Las primeras parteras profesionales en México fueron formadas al interior de las aulas universitarias en el siglo XIX, a la par que se formaba a los médicos generales de esa época. Las mujeres interesadas en atender partos debían cumplir con una serie de requisitos que iban desde cubrir una mayor carga académica en las universidades hasta pagar altos aranceles por ejercer su profesión de manera independiente. Estas parteras profesionales fueron utilizadas para atraer la atención de los partos en las clínicas de maternidad y hospitales que en ese entonces empezaron a propagarse en las áreas urbanas del país. Una vez que las mujeres embarazadas y parturientas habían aprendido que la atención de los partos debía efectuarse en estos lugares, las parteras profesionales fueron prácticamente eliminadas de la escena de la atención independiente y fueron relegadas a realizar trabajos administrativos o de enfermería general en los hospitales.

una comunicación efectiva con los usuarios de sus servicios y con los grupos de trabajo multi e interdisciplinarios.

La enfermera obstetra³⁶ es la profesional de enfermería que tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo y ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista técnico, de relación interpersonal y de respeto a la interculturalidad de tal forma que se asegure el nacimiento del nuevo integrante de la familia en las mejores condiciones posibles.

Para cumplir efectivamente con su misión, la enfermera obstetra cuenta con conocimientos y aptitudes que se traducen en competencias y acciones derivadas de ellas. Estas competencias se dividen en generales y específicas; entre las primeras se encuentran las de comunicación, interculturalidad y administrativa. Las competencias específicas están dirigidas a la atención prenatal, del trabajo de parto y parto, del puerperio y del recién nacido; asimismo, se incluyen las competencias para la atención de urgencias obstétricas y neonatales.

Sin embargo, en el mundo laboral, la mayoría de las egresadas de las universidades con esta formación sólo trabajan en hospitales como enfermeras generales que auxilian en trabajos de parto y partos de alta tecnología, además de realizar trabajos administrativos y docentes; en muy pocos casos se les permite tener un papel decisivo en todo el proceso de dar a luz.

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, afiliada a la UNAM, forma licenciadas en Enfermería y Obstetricia (LEO) bajo un programa académico que se remonta a 1945 y que a lo largo del tiempo ha tenido varias modificaciones; en general, las egresadas de la licenciatura en Obstetricia (independientemente de la escuela de la que egresan) están capacitadas para proporcionar atención prenatal, intraparto y postparto, y para otorgar servicios de planificación familiar. Estudian Enfermería general por tres años, con uno más de

especialización en Enfermería Obstétrica, son universitarias y obtienen el título oficial de Licenciadas en Enfermería y Obstetricia (LEO).

En la ciudad de México existe el Centro de Investigación Materno Infantil Gen (CimiGen) una maternidad privada que desde hace varios años promueve la atención del parto de manera independiente por LEO y forma enfermeras especialistas (perinatales) que, interactuando con un equipo multidisciplinario de salud, son capaces de desarrollar una práctica de alta calidad para responder a las demandas de atención especializada de Enfermería perinatal. Como recurso para la creación y desarrollo de modelos de atención perinatal en el nivel primario, CimiGen proporciona al licenciado(a) en Enfermería y Obstetricia un espacio para cumplir la función profesional para la que ha sido formado, apoya la capacitación de estos profesionales de la salud mediante programas de servicio social que le permiten al pasante adquirir y desarrollar habilidades, destrezas y criterios en la atención perinatal, además de promover y conservar la visión de servicio con responsabilidad y honestidad.

En el ámbito de los servicios públicos de salud no se tenía experiencia documentada¹¹ de que las enfermeras obstetras pudieran atender de manera independiente a las mujeres embarazadas y sus partos. Además del CimiGen en el DF, en Teocelo, Veracruz, existe un hospital donde algunas enfermeras generales atienden partos de manera independiente y claramente coexisten con otros profesionales de la salud como médicos generales y especialistas.

Durante la administración del Dr. Julio Frenk en la Secretaría de Salud (en el año 2005) la Comisión Interinstitucional de Enfermería de esta institución diseñó un modelo de atención obstétrica que tiene como propósito aprovechar el potencial del personal de enfermería, en especial del licenciado(a) en Enfermería y Obstetricia y del especialista en Enfermería Perinatal con el fin de extender la cobertura de atención profesional a la mujer gestante, mejorar la calidad de la atención y de esta manera contribuir a resolver los problemas

de morbilidad y mortalidad materna en el país, en especial en las regiones con mayor incidencia de defunciones maternas.

Retomando lo anterior, el Instituto de Salud del Estado de México inició en 2008 un programa para abrir “clínicas de maternidad” atendidas por enfermeras obstetras y perinatales, logrando muy buenos resultados en la atención de los partos de bajo riesgo. No se tiene conocimiento de otras propuestas en el país que estén retomando e implementando el modelo de enfermería obstétrica propuesto por la Secretaría de Salud.

Modelo del médico general

Al igual que en Europa, en México, el desarrollo de la ciencia, el avance tecnológico, así como el ingreso del país a la modernidad llevó a que la atención de las enfermedades de la población estuviera a cargo de los médicos, formados en las escuelas de Medicina. La atención del embarazo, parto y puerperio es uno de los más claros ejemplos en donde se fue sustituyendo la atención tradicional por el modelo médico; “al ser asimilada la atención del parto por el modelo médico, se transformó progresivamente la concepción del parto, a ser considerado como una enfermedad que requería ser atendida por los médicos, y a la parturienta en una paciente débil y sin conciencia que debía permanecer en posición horizontal en la cama, y más tarde en el hospital”.³⁷

En la actualidad, en México los centros de salud del primer nivel de atención, en su mayoría, están a cargo de médicos generales casi siem-

pre pasantes que se encuentran cumpliendo su año de servicio social obligatorio. Existe evidencia de que este personal, desde su formación, no cumple con las competencias necesarias para ser considerado calificado en la atención de partos,¹¹ además de que en muchas ocasiones muestran poco interés por asumir esta responsabilidad. Es común que en los centros de salud no se atiendan los partos de bajo riesgo y sólo se dé seguimiento al embarazo y se refiera la atención de los partos normales al siguiente nivel de atención, con la consecuente saturación del segundo nivel al atender partos que podrían ser atendidos en el primer nivel.

Los médicos generales son formados en escuelas de Medicina donde normalmente cumplen un programa académico con una duración de cinco años, más un año de internado, más otro de servicio social. Estos médicos se capacitan en todos los ámbitos de la medicina y en realidad llevan cursos de gineco-obstetricia sin demasiada profundidad y la práctica que obtienen en la atención de partos depende del lugar donde realicen su internado, si los especialistas les permiten o no atender partos o bien si ellos buscan aprender sobre el tema. Como ya se mencionó, los médicos especialistas (que deben cursar de dos a tres años más de formación) son quienes sin duda brindan una atención calificada, pero resulta imposible plantear que todas las mujeres sean atendidas por ellos. De ahí que una de las propuestas que arroja este estudio tiene que ver con la incorporación de personal alternativo que ha sido formado específicamente para la atención de las mujeres en el embarazo, el parto y el puerperio.

Esta investigación se propuso evaluar una estrategia innovadora para la atención del embarazo, parto y puerperio en unidades médicas rurales de la SSA de Guerrero y Oaxaca que consiste en la integración de parteras profesionales técnicas y licenciadas en Enfermería y Obstetricia para la atención obstétrica básica de manera independiente. Para ello, en noviembre de 2008, luego de seleccionar al personal que participaría en el estudio, se impartió una capacitación durante tres semanas, utilizando un sistema innovador de enseñanza a través de simulaciones para el manejo de parto sin complicaciones y para la identificación y referencia oportuna de emergencias obstétricas, además de incluir información sobre el proceso de sensibilización para facilitar el trabajo en el centro de salud y en la comunidad.³⁸⁻⁴¹ Posteriormente, estos proveedores alternativos estuvieron una semana en los hospitales de referencia que corresponden a los centros de salud participantes en el estudio, rotando por cada uno de los servicios de gineco-obstetricia con la intención de conocer las rutinas hospitalarias y familiarizarse con el personal. Se diseñó un estudio prospectivo aleatorio controlado al nivel de conglomerados para evaluar el efecto de la intervención.

Selección de la muestra

Para este estudio se seleccionaron aleatoriamente 27 centros de salud rurales de los estados de Guerrero y Oaxaca* de la base de datos de la última eva-

luación de calidad del Programa Oportunidades⁴² (2007). Las características de inclusión fueron: ser de un núcleo, es decir, cuentan con un médico general o pasante, una o dos enfermeras generales, se atienden partos y encontrarse a una distancia máxima de dos horas del hospital de referencia y de tres horas entre una y otra comunidad, como estrategia para limitar el entrecruzamiento de las pacientes. Doce centros de salud fueron asignados aleatoriamente al grupo de intervención en donde se integró un proveedor alternativo (LEO o PPT) y los 15 centros de salud restantes quedaron como controles manteniendo el modelo estándar de atención y cuyos proveedores son médicos generales, médicos pasantes, enfermeras generales y enfermeras auxiliares. Los proveedores no médicos se asignaron de manera aleatoria.

Recolección de datos

Se recolectaron tres tipos de información. Primero, para el análisis de datos administrativos, se les pidieron a las autoridades del nivel estatal los datos del Sistema de Información en Salud (SIS) de Guerrero y Oaxaca respecto al número de consultas otorgadas a mujeres embarazadas y puérperas, así como del número de partos atendidos y tamices neonatales tomados a partir de 2008.

Luego, para la parte del estudio sobre el proceso de atención prenatal, parto y posparto de mujeres que dieron a luz entre el primero de abril de

* Para mayor información sobre los centros de salud considerados en este estudio ver Anexo A.

2009 al 31 de diciembre de 2010,* se utilizó una máscara de captura especialmente diseñada para este fin y que permitió al personal de campo hacer una revisión exhaustiva de:

1. Expedientes clínicos, cartillas prenatales y registros del centro de salud.
2. Entrevistas directas a los proveedores para la obtención de datos adicionales sobre las prácticas de rutina realizadas en sus últimos tres partos.

Los datos fueron recolectados una vez al mes, por el personal de enfermería previamente capacitado para este fin y que acudió a cada unidad médica de intervención y de control.

El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por las distintas comisiones del Instituto Nacional de Salud Pública: Comisión de Investigación, la Comisión de Ética y la Comisión de Bioseguridad.

Análisis de información

El análisis de información efectuado se divide en tres partes ya que se utilizaron diferentes fuentes de información:

- a) Formatos del Sistema de Información en Salud
- b) Expedientes clínicos
- c) Entrevistas a los proveedores

A continuación se describe la metodología utilizada con cada fuente de información.

Análisis de los formatos del Sistema de Información en Salud

Con el objeto de tener un panorama de las acciones que se realizaban en las unidades médicas seleccionadas antes y durante la intervención, se desarrolló un análisis descriptivo de datos panel tomando

* A pesar de que las PPT y LEO comenzaron a laborar en los CS a partir del 1° de enero de 2009, la información se comienza a recolectar tres meses después con el fin de que estos proveedores no médicos se habituaran a la dinámica de trabajo establecida en los sitios donde se incorporaron y se dieran a conocer en cada comunidad.

como base la información captada en los informes de actividades de las unidades médicas de primer nivel del Sistema de Información en Salud (SIS) de Guerrero y Oaxaca. El análisis se centró en la descripción del efecto logrado en el grupo de intervención *versus* el cambio observado en los sitios de control. Para este análisis, en cada uno de los sitios se determinó el porcentaje de cambio obtenido en el año 2009 (julio a diciembre) en relación con el año 2008 (julio a diciembre) estandarizado por este segundo año (2008). Posteriormente se hizo un modelo de diferencias en diferencias para poder estimar el impacto de la intervención.

Los datos que son la base para el presente análisis se encuentran en el cuadro 1 y corresponden al número de las consultas otorgadas a mujeres embarazadas y a mujeres puérperas, así como el número de los partos atendidos y de tamices neonatales tomados en las unidades médicas bajo estudio. También se encuentran los promedios de consultas a embarazadas de primera vez, subsecuentes y total (para todas las mujeres, para las adolescentes y para las mujeres con alto riesgo reproductivo), así como el promedio de partos eutócicos y del total de partos y el promedio del total de tamices tomados.

Análisis del cambio porcentual

Con base en el cuadro 1 se hizo un análisis del cambio porcentual para cada rubro general de servicio de salud relacionado con la atención obstétrica registrado a través del sistema SIS y se utilizó la prueba de la ji cuadrada para ver significancia estadística.

La información que aquí se analiza corresponde a los periodos julio a diciembre de 2008, (semestre anterior del comienzo de la intervención) y julio a diciembre de 2009 (semestre de intervención comparativo).

Modelos de diferencias en diferencias

Debido a que el tipo de datos que se están manejando son cuentas (sobre el número de consultas

Cuadro 1

Número de consultas otorgadas y de partos atendidos en las unidades médicas del primer nivel de atención en Guerrero y Oaxaca, julio a diciembre de 2008 y julio a diciembre de 2009.

Consultas otorgadas y partos atendidos	Intervención	Control	Intervención	Control
	2008	2008	2009	2009
Consulta a embarazadas por trimestre gestacional				
De 1ª vez en el 1er trimestre gestacional	177	156	222	200
De 1ª vez en el 2o trimestre gestacional	176	152	236	209
De 1ª vez en el 3er trimestre gestacional	97	73	144	138
Total 1ª vez	450	381	602	547
Promedio de consultas a embarazadas de primera vez	38	25	50	39
Subsecuente en el 1er trimestre gestacional	101	135	171	151
Subsecuente en el 2º trimestre gestacional	574	622	876	760
Subsecuente en el 3er trimestre gestacional	1098	1176	1648	1273
Total subsecuente	1773	1933	2695	2184
Promedio de consultas a embarazadas subsecuentes	148	129	225	146
Total de consultas a embarazadas	2223	2314	3297	2731
Promedio del total de consultas a embarazadas	185	154	275	182
Consulta a adolescentes embarazadas				
Menores de 15 años de edad, 1ª vez	4	8	15	11
De 15 años a 19 años de edad, 1ª vez	119	98	163	115
Total 1ª vez	123	106	178	126
Promedio del total de consultas a adolescentes embarazadas de primera vez	10	7	15	8
Menores de 15 años de edad, subsecuente	13	37	31	60
De 15 a 19 años de edad, subsecuente	475	394	728	503
Total subsecuente	488	431	759	563
Promedio del total de consultas a adolescentes embarazadas subsecuentes	41	29	63	38
Total de consultas a adolescentes embarazadas	611	537	937	689
Promedio del total de consultas a adolescentes embarazadas	51	36	78	46
Consulta a embarazadas con alto riesgo reproductivo				
Primera vez	112	114	130	130
Subsecuente	407	374	548	456
Total de consultas a embarazadas con alto riesgo reproductivo	519	488	678	586
Promedio del total de consulta a embarazadas con alto riesgo	43	33	57	39
Consulta a puérperas por tipo de consulta				
Total 1a vez	258	215	289	204
Total subsecuente	189	127	502	289
Total de consultas a puérperas	447	342	791	416
Promedio del total de consultas	75	46	132	61
Atención obstétrica				
Parto eutócicos, menores de 20 años	18	23	54	21
Partos eutócicos, 20 años y más	88	104	143	65
Total de partos eutócicos	106	127	197	86
Promedio del total de partos eutócicos	9	8	16	6
Partos distócicos, menores de 20 años	1	0	1	3
Partos distócicos, 20 años y más	2	3	4	8
Total de partos distócicos	3	3	5	11
Total de partos	109	130	202	97
Promedio del total de partos	9	9	17	6
Nacimientos				
Nacidos vivos 36 y < semanas < 2500 G	0	6	1	2
Nacidos vivos 36 y < semanas 2500 G y >	0	5	2	0
Nacidos vivos 37 y > semanas < 2500 G	7	2	1	1
Nacidos vivos 37 y > semanas 2500 G y >	103	117	197	94
Total de nacimientos vivos	110	130	201	97
Tamices				
Total de tamices tomados	229	237	463	225
Promedio de tamices neonatales tomados	19	16	39	15
Tamices tomados con sospecha de hipotiroidismo congénito	0	3	2	4

Fuente: Cálculos propios con base en SSA. Informe de Actividades de las Unidades Médicas: Primer nivel de Atención. Sistema de información en salud (SIS) para Guerrero y Oaxaca 2008 y 2009.

a mujeres embarazadas, sobre el número de partos atendidos y sobre el número de consultas a mujeres puérperas, entre otras) se efectuó un análisis de diferencias en diferencias utilizando un modelo de regresión Poisson de efectos aleatorios.

Para poder ver el sentido de las asociaciones estadísticas se calcularon cocientes entre el número de consultas de los diferentes ítems y la población potencial a ser atendida en cada unidad médica (población del área de influencia). Debido a que la población necesaria para el cálculo de los cocientes es de los años 2008 y 2009 y las fuentes de información demográficas proporcionan datos de la población en los años 2005⁴³ y 2010,⁴⁴ se tuvo que recorrer la población a mitad de año mediante la tasa de crecimiento poblacional geométrico. Una vez obtenidos los denominadores, se pudieron calcular los cocientes y las razones de tasas de incidencia (Incidence Rate Ratios [IRR]) crudas mediante regresiones Poisson de efectos aleatorios, ajustando los errores estándar.⁴⁵

Análisis de los expedientes clínicos

El análisis se dividió en dos partes: en la primera se evaluó el porcentaje de llenado de los expedientes clínicos; y en la segunda se efectuó un análisis descriptivo de algunas de las acciones clave que se debe efectuar a las pacientes en las visitas prenatales, en la atención del parto y en el posparto inmediato.

El procedimiento que utilizaron las trabajadoras de campo para captar la información de los expedientes clínicos fue el siguiente: primeramente llegaron a los centros de salud de intervención y de control a inspeccionar el censo de mujeres y de ahí seleccionaron a las pacientes embarazadas y capturaron sus datos generales. Posteriormente regresaron y revisaron los expedientes de aquellas mujeres cuya fecha probable de parto ya hubiese pasado y recuperaron la información de las consultas prenatales, del parto y del puerperio.

Se capturó información de 3 127 expedientes de mujeres embarazadas, de los cuales 2 867 expedientes tenían como fecha probable de parto del 1^o

de abril de 2009 al 31 de diciembre de 2010 y 1 572 expedientes tenían registro de parto (con 20 y más semanas de gestación). De estos expedientes correspondientes a 1 572 pacientes, únicamente 531 mujeres (33.3%) fueron atendidas en los centros de salud de intervención o control de este estudio. Del resto, el 22.7% de las mujeres atendieron su parto en el hospital, el 12.6% de las pacientes tuvieron su parto en casa, y 16.0% fueron atendidas en otros hospitales públicos o privados. Del resto de mujeres (15.4%) no se tiene información sobre el lugar de atención, no obstante se incluyeron estos datos para efectuar el seguimiento de estos casos.

Porcentaje de llenado de los expedientes clínicos

El análisis consistió en evaluar los datos de los expedientes clínicos mediante las anotaciones que se hacían en los mismos, tanto en las unidades médicas de intervención donde están los proveedores alternativos (LEO, PPT) como en las unidades control donde están los proveedores médicos. Con base en las Normas Oficiales Mexicanas sobre la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (NOM-007),²⁶ y la del expediente clínico (NOM-168),⁴⁶ el criterio que se utilizó fue explorar la existencia (anotaciones en el expediente) de la información mínima que los expedientes clínicos deben tener respecto a:

1. La identificación (nombre de la paciente, edad, fecha de última menstruación y fecha probable de parto).
2. El embarazo (semanas de gestación, gestas, partos, antecedentes alérgicos a medicamentos, dosis antitetánica, realización de examen físico, de mamas, de pelvis, medición de tensión arterial [TA] y peso).
3. Los análisis de laboratorio (Papanicolaou, petición y resultados de grupo sanguíneo y Rh, VDRL, VIH, biometría hemática, hemoglobina, examen general de orina [EGO]).
4. Para los partos atendidos en los CS (fecha y hora, peso del recién nacido, la prueba de Apgar al mi-

nuto y a los cinco minutos, registro de la frecuencia cardiaca fetal [FCF], de la tensión arterial, del partograma, de la administración de vitamina K y de la aplicación de antibiótico en los ojos).

5. De las visitas posparto (número de visitas, consejería en planificación familiar [PF], provisión de método de PF, continuación de lactancia).
6. Para los partos que no ocurrieron en los CS se incluyó el mínimo seguimiento del parto (fecha de parto y peso del bebé al nacimiento).

Análisis descriptivo de algunas acciones clave

Con la información proveniente de los expedientes clínicos se efectuó un análisis descriptivo bivariado, calculando algunas medidas de tendencia central respecto a las consultas prenatales, lectura del FCF, medición de la altura uterina y peso de las pacientes; así como realización del EGO y nivel de glucosa.

Análisis de las entrevistas a proveedores

La base para este análisis son las recomendaciones de la OMS para la buena práctica obstétrica de acuerdo a medicina basada en evidencia,²⁵ las cuales son acordes con la Norma Oficial Mexicana 007²⁶ y los lineamientos técnicos mexicanos para la atención a la mujer embarazada.^{27,28} En estas recomendaciones, la OMS propone una serie de acciones que deben efectuarse, eliminarse o hacerse con precaución para tener una buena práctica obstétrica que incluyen:

- I. Promoción de aquellas prácticas que han demostrado ser útiles.
- II. Eliminación de las prácticas que resulten perjudiciales e ineficaces.
- III. Realización con cautela de prácticas cuya evidencia es escasa hasta que se sustente su uso o eliminación.
- IV. Reducción de aquellas prácticas que sean utilizadas excesivamente de manera inapropiada.*

* Para mayor información sobre las acciones que incluyen cada apartado ver Anexo B.

De acuerdo a esta clasificación, se analizaron las acciones que los proveedores efectúan en una mujer embarazada cuando ésta llega a atenderse por parto, diferenciando entre los sitios donde atienden PPT o LEO y donde atienden MG; asimismo, se efectuó un análisis estadístico para ver asociación entre variables mediante la prueba de la ji cuadrada.

Tomando en consideración la atención otorgada en los CS de intervención y de control del 1º de abril de 2009 al 31 de diciembre de 2010, se efectuaron entrevistas a los proveedores de cada sitio respecto a los tres últimos partos atendidos en el mes anterior a la entrevista; en el caso de que algún proveedor hubiera asistido un número menor de tres partos, se preguntaba sobre los mismos y si no había habido ninguno no se realizaba la entrevista. Vale la pena señalar que el número promedio de partos atendidos en estas unidades fue muy diferente: mientras que la media en los sitios de intervención fue de 19 partos (desviación estándar de 8, mediana y moda de 21, rango de 7 a 32 partos), en los sitios de control la media fue de 12 partos (desviación estándar de 7, mediana y moda de 14, rango de 1 a 23 partos). Como consecuencia de este hecho, el número de entrevistas a proveedores varió dependiendo de su sitio de trabajo.

La información que aquí será analizada proviene de 12 sitios de intervención y 12 sitios de control, ya que 3 unidades médicas de control fueron excluidas de este análisis debido a que no atendían partos (Vicente Guerrero, Axaxacualco y Melchor Ocampo, en el estado de Guerrero);[‡] estos 3 CS representan un 11.1% del total de unidades médicas y un 20.0% de las de control.

El total de entrevistas obtenidas fue de 310, de las cuales 201 corresponden a las clínicas de intervención y 109 corresponden de las clínicas de control; se esperaba obtener un número mayor de entrevistas, pero desafortunadamente no fue posible realizarlas por los diversos problemas que se presen-

‡ En estos sitios, los partos son atendidos por los proveedores en los domicilios de las mujeres.

taron en campo, entre los que destacan la necesidad de suspender el proyecto del 1° de febrero hasta el 30 de abril de 2010 en el estado de Oaxaca, debido a que no se contaba con el recurso económico para cubrir los salarios.

Para el levantamiento de la información, se pidió a las entrevistadoras que tuvieran a mano el

expediente con el fin de que los proveedores pudieran consultarlo si no recordaban algún dato que en ese momento se les estaba preguntando.

Todo el análisis de información se efectuó haciendo uso del paquete estadístico Stata 10.1.⁴⁷

Consultas prenatales, partos atendidos y consultas posparto

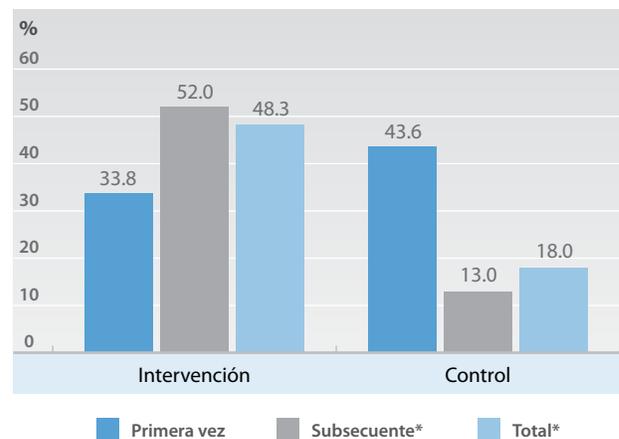
El embarazo, el parto y el puerperio son eventos que deberían ocurrir con naturalidad en la vida de las mujeres; sin embargo, al mismo tiempo, son procesos complejos que si se desvían de la normalidad, representan un riesgo para la salud y la vida de la madre y de su hijo. Por ello, toda mujer debe tener acceso a cuidados calificados durante el embarazo, parto y posparto.²²

Consultas prenatales

Diversos estudios han demostrado los beneficios que se obtienen cuando las futuras madres acuden a la atención prenatal, ya que con ello se posibilita la detección oportuna de complicaciones, además de ser una intervención eficaz para promover la salud del binomio madre-hijo. La atención prenatal contribuye a que las mujeres puedan cursar embarazos y partos seguros; además de asegurar la mayor sobrevivencia de los hijos e identificar los casos expuestos a riesgos específicos y poder efectuar la referencia a los servicios de salud especializados para detectar y tratar con oportunidad determinadas patologías.^{7,48,49} De ahí la importancia de analizar la evolución de la cobertura de estos rubros en las unidades médicas rurales consideradas en este estudio. A continuación se analiza la información del volumen de consultas otorgadas en los CS donde había PPT o LEO (de intervención) en relación con los que CS donde había médico (de control).

En la figura 1 se presenta el porcentaje de cambio que hubo en las unidades médicas de intervención y de control respecto al número de consultas otorgadas a mujeres embarazadas según

tipo de consulta. Los principales resultados encontrados muestran que de la medición basal (julio a diciembre de 2008) al periodo de intervención (julio a diciembre de 2009) hubo un incremento mayor en el número total de consultas subsecuentes a embarazadas en las unidades médicas de intervención de 52.0%, en tanto que en las de control fue de sólo 13.0% ($p=0.000$). Esta misma tendencia se obtiene en el total de consultas a embarazadas en las unidades médicas de intervención (48.3%) respecto a las de control (18.0%) ($p=0.000$). Este análisis crudo se traduce en que en las unidades donde atienden PPT o LEO hay 1.34 veces más po-



* $p < 0.001$

Figura 1. Porcentaje de cambio del número de consultas de primera vez a embarazadas en las unidades médicas de intervención y control según trimestre de gestación (de julio - diciembre del 2008 a julio - diciembre del 2009)

sibilidades de dar consultas subsecuentes a mujeres embarazadas (95%IC:1.23,1.46) y 1.25 veces más de posibilidad de dar consultas a mujeres embarazadas (95%IC:1.16,1.35) respecto de los sitios donde atienden los MG.

Por otra parte, el primer contacto entre la mujer embarazada y los servicios de salud debería ocurrir teóricamente cuando se detecta la amenorrea o, en el mejor de los casos, a partir de que la mujer planea embarazarse; para evaluar el impacto de los servicios de salud sobre la condición de salud de las mujeres embarazadas, se necesita conocer cuándo se estableció el primer contacto con estos servicios.⁵⁰ De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 007 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido,²⁶ de observancia obligatoria para todo el personal de salud a nivel nacional, se señala que la primera revisión prenatal se deberá efectuar en el transcurso de las primeras 12 semanas de gestación. En este estudio se observó un incremento similar en las consultas de primera vez en las clínicas de intervención como en las de control (25.4 y 28.2%, respectivamente) tal y como lo dicta la Norma (figura 2). Tomando en consideración que una parte considerable de las mujeres está inscrita en algún programa social (86.0% de las mujeres),* entre los cuales destaca el Programa Oportunidades (28.1%), no sorprende encontrar este resultado ya que los beneficios que se les otorgan a las mujeres se condicionan a que las mismas acudan a la primer visita prenatal; lo interesante es ver en qué etapa del embarazo se les da por primera vez consulta a las mujeres. A este respecto, se observa que los mayores incrementos en el número de consultas se dieron en las pacientes que cursaban el tercer trimestre de gestación y este fue superior en el caso de las unidades de control que en las de intervención (89.0 y 48.5%), lo cual implica que en todos los CS, pero en especial en los de intervención, se está captando tardíamente a las

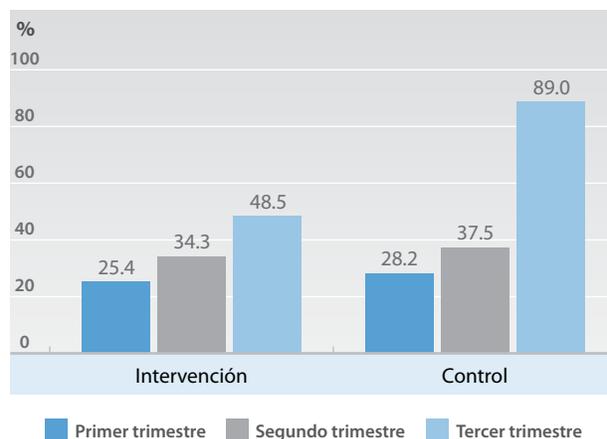


Figura 2. Porcentaje de cambio del número de consultas de primera vez a embarazadas en las unidades médicas de intervención y control según trimestre de gestación (de julio a diciembre del 2008 a julio a diciembre del 2009)

mujeres para revisarlas por primera vez en su último trimestre de gestación. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de intervención en las consultas de embarazadas de primera vez en ningún trimestre de gestación de las pacientes; no obstante estos resultados muestran que no se está acatando totalmente la Norma Oficial Mexicana²⁶ en este aspecto, lo que puede repercutir en problemas de salud en las mujeres que se revisan cuando su embarazo está ya muy avanzado.

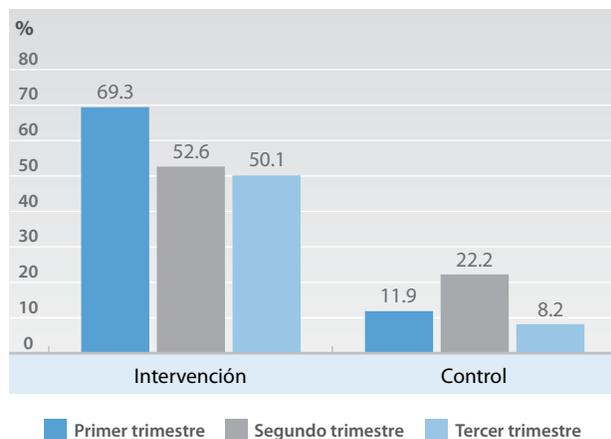
En el caso de las consultas subsecuentes a embarazadas, la tendencia general es de un mayor incremento en la atención de pacientes de cualquier trimestre de gestación en las unidades médicas donde hay proveedores alternativos que en donde no los hay; sin embargo, las diferencias más notables se dan en las consultas a embarazadas en el primer trimestre de gestación, en donde el incremento en las clínicas de intervención fue de 69.3% en tanto que en las de control fue del 11.9%. En el caso de las pacientes que cursaban el segundo trimestre de gestación, el incremento fue de 52.6% en las de intervención y 22.2% en las de control, mientras que el aumento en las unidades de intervención de las mujeres que cursaban el tercer trimestre de gestación fue de 50.1%, en tanto que

* Para mayor información ver capítulo sobre la evaluación de los expedientes clínicos.

en las unidades de control sólo fue de 8.2% (figura 3). Las diferencias observadas entre el grupo de intervención y el grupo de control en relación con el número de consultas prenatales subsecuentes en el primero, segundo y tercer trimestre de gestación resultaron ser estadísticamente significativas en el análisis crudo ($p=0.015$, $p=0.007$ y $p=0.000$, respectivamente) y esto se traduce en que en las unidades donde laboran PPT o LEO hay 1.52 veces más posibilidades de dar consultas a mujeres embarazadas subsecuentes en el primer trimestre de gestación (95%IC:1.08,2.13), 1.23 veces más posibilidades de dar consultas a mujeres embarazadas en el segundo trimestre de gestación (95%IC:1.06,1.44) y 1.38 veces más posibilidades de dar consultas a mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación (95%IC:1.23,1.54) que en los sitios donde laboran los MG.

Consultas prenatales a adolescentes

Un grupo prioritario en salud reproductiva son las mujeres adolescentes, ya que existen evidencias de



* $p < 0.05$

Figura 3. Porcentaje de cambio del número de consultas subsecuentes a embarazadas en las unidades médicas de intervención y de control según trimestre de gestación (de julio a diciembre del 2008 a julio a diciembre del 2009)

que el embarazo en edades tempranas puede representar un riesgo bio-psico-social para la madre y el recién nacido, así como una mayor exposición a la mortalidad materno-infantil.⁵¹⁻⁵⁷ De hecho, las mujeres menores de 18 años son las que tienen los mayores riesgos cuando se embarazan, tanto en su salud como en la de sus hijos y van desde bajo peso al nacer, parto prematuro, anemia en la madre, mayor incidencia de preeclampsia y, en mujeres extremadamente jóvenes, una mayor incidencia de complicaciones en el parto.⁵¹

La información del número de consultas a adolescentes muestra que el porcentaje del total de consultas se incrementa en las unidades de intervención en 53.4% mientras que en las unidades de control sólo aumenta en 28.3%. Desagregando la información por tipo de consulta, hubo un mayor incremento en las unidades de intervención respecto a las consultas a adolescentes embarazadas de primera vez (44.7%) y subsecuentes (55.5%) en comparación con las unidades de control en los dos tipos de consulta (18.9 y 30.6%, respectivamente). Los incrementos logrados en el periodo en las clínicas control no alcanzan en ningún momento a los de las clínicas de intervención y estas diferencias observadas fueron estadísticamente significativas en el análisis crudo en el caso de las consultas a embarazadas adolescentes subsecuentes ($p=0.048$) y en el total de consultas a adolescentes embarazadas ($p=0.025$); de esta forma se obtiene que en las unidades donde atienden PPT o LEO hay 1.19 veces más posibilidades de dar consultas a adolescentes embarazadas subsecuentes (95%IC:1.03,1.40) y 1.19 veces más posibilidades de dar consultas a todas las mujeres adolescentes embarazadas (95%IC:1.02,1.38) respecto a los sitios donde atienden MG.

Atención obstétrica

Facilitar el acceso a las mujeres a la atención calificada del parto es ciertamente un desafío que en parte tiene que ver con la percepción que la comunidad tenga de los servicios de salud; por este mo-

tivo es de vital importancia la labor que efectúan los proveedores de la promoción de sus servicios,²² además de la calidad de la atención que dan y de los recursos con los que cuentan en las unidades médicas.

Un hallazgo relevante obtenido en este trabajo fue el incremento de julio a diciembre de 2008 a julio a diciembre de 2009 de 85.3% en la atención de partos en los CS donde había PPT o LEO; en cambio, en las unidades en donde había MG hubo un decremento del número de partos atendidos de 25.4% (figura 4); las diferencias observadas entre los dos grupos de estudio fueron estadísticamente significativas en el análisis crudo ($p=0.000$) y se traducen en que en las unidades donde laboran PPT o LEO hay 2.49 veces más posibilidades de atender partos respecto a las unidades donde laboran MG (95%IC:1.75,3.53).

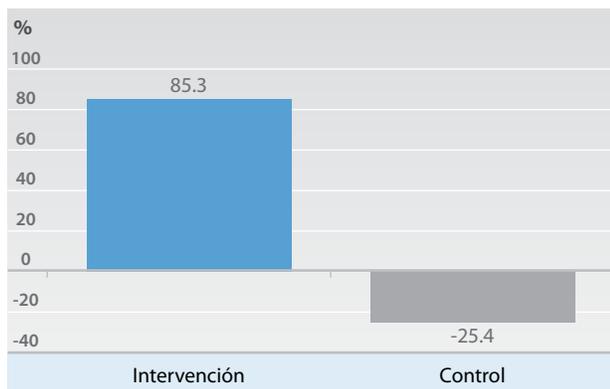
Nacimientos

Una información adicional que viene en los formatos SIS son los nacimientos atendidos en las unidades médicas según edad gestacional de la madre al momento del nacimiento y peso del recién nacido. Estos datos son muy útiles ya que podemos darnos

una idea de si se llevó a cabo una atención prenatal adecuada que dio como resultado el nacimiento de bebés a término, además de asegurarnos de que no están reteniendo pacientes de alto riesgo o prematuros que posteriormente deben ser referidos.

Diversas investigaciones han señalado que la edad gestacional de las mujeres embarazadas al momento del nacimiento de sus hijos es un indicador que puede determinar problemas que los neonatos pueden presentar en las primeras etapas de vida, y se argumenta que los recién nacidos pretérmino son propensos a ser más vulnerables en cuanto a su salud. Asimismo, otro indicador sobre el estado de salud de los recién nacidos es el peso al nacer; se ha encontrado que el bajo peso al nacer está asociado con la morbilidad durante el primer año de vida y con el desarrollo psicológico e intelectual durante la edad escolar, la juventud y la adultez.⁵⁹⁻⁶¹

La información aquí obtenida en estos dos rubros muestra que en las unidades médicas de intervención el número de nacidos vivos con peso y semanas de gestación adecuadas se incrementó de julio a diciembre de 2008 a julio a diciembre de 2009; en cambio, en las unidades de control hubo un decremento de 19.7% en este mismo periodo (figura 5). Las diferencias encontradas en los na-



* $p<0.001$

Figura 4 Porcentaje de cambio del número de partos atendidos en las unidades médicas de intervención y control (de julio a diciembre de 2008 a julio a diciembre de 2009)*

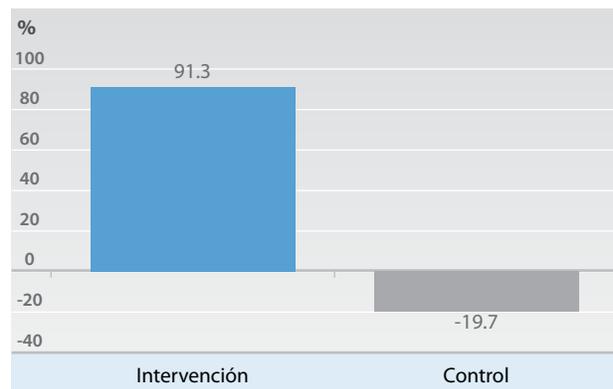


Figura 5. Porcentaje de cambio del número de nacidos vivos con 37 y más de semanas gestación y 2500 gramos o más de peso en las unidades médicas de intervención y control (de julio a diciembre 2009)*

cidos vivos con peso y semanas de gestación adecuadas fueron estadísticamente significativas en el análisis crudo ($p=0.000$) e implican que en los sitios donde atienden PPT o LEO hay 2.39 veces más nacimientos de niños con edad de gestación de 37 y más semanas y con peso al nacimiento mayor a 2 500 gramos respecto a los sitios donde atienden los MG (95%IC:1.66,3.42). Estos resultados son relevantes ya que podrían reflejar que los proveedores alternativos dan una adecuada atención prenatal y obstétrica y están haciendo referencias obstétricas de pacientes con mayor riesgo.

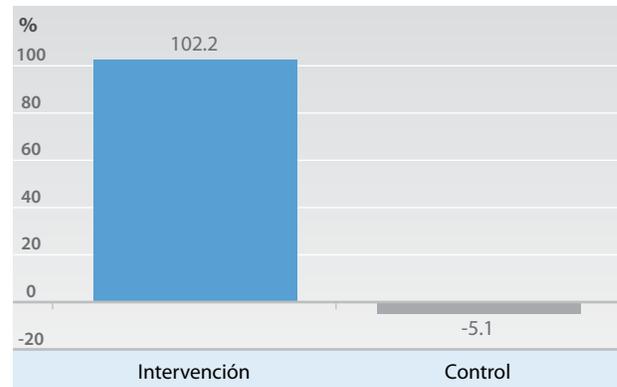
Tamiz neonatal

Diversas investigaciones médicas han demostrado la importancia de la realización del tamiz neonatal para detectar el hipotiroidismo congénito, entre otras afecciones.^{62,63} De hecho, la Norma Oficial Mexicana establece que toda unidad médica que atienda partos y recién nacidos debe efectuar el examen de tamiz neonatal entre las 48 horas y preferiblemente antes de la segunda semana de vida.²⁶

En los formatos SIS se registra esta información de gran utilidad para la detección de problemas futuros de los neonatos, encontrándose que en las clínicas de intervención hubo un aumento de 102.2% en la toma de tamices, de la línea basal al periodo de intervención, mientras que en las clínicas de control hubo un decremento de 5.1% en el mismo periodo de tiempo ($p=0.000$) (figura 6). Este análisis crudo significa que en las unidades médicas de intervención hay 2.13 veces más posibilidades de realización de los tamices neonatales en comparación con las unidades médicas de control (95%IC:1.67,2.71).

Consulta a mujeres púerperas

El puerperio es el período de ajuste posterior al parto, durante el cual los cambios anatómicos y funcionales retornan a su estado normal no gestacional.^{64,65} Durante esta etapa pueden ocurrir complicaciones que en ocasiones evolucionan hacia un desenlace



* $p < 0.001$

Figura 6. Porcentaje de cambio del total de tamices tomados en las unidades médicas de intervención y control (de julio a diciembre de 2008 a julio a diciembre de 2009)*

fatal, y cuando son numerosas constituyen un problema de salud pública;⁶⁶ por este motivo la revisión puerperal significa una detección oportuna de dichas complicaciones.⁶⁷

La información analizada sobre el número de consultas posparto muestra que mientras que en las clínicas de intervención hubo un aumento de 77.0% en el periodo bajo estudio, en las clínicas de control hubo un aumento de sólo 21.6%. Si se desagrega la información por tipo de consulta, se obtiene en las unidades médicas de intervención hubo un incremento sumamente alto en las consultas a subsecuentes de 165.6% y un incremento de 12.0% en las pacientes que asistieron por primera vez a revisión puerperal. En el caso de las clínicas control, hubo un decremento en la atención de púerperas de primera vez de 5.1%, en tanto que el número de consultas subsecuentes hubo un aumento de 21.6% en el periodo analizado. Sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis crudo en el caso del total de consultas a púerperas ($p=0.000$) y esto significa que en las unidades médicas donde atienden PPT o LEO hay 1.44 veces más posibilidades de que den consultas a mujeres púerperas en comparación con las unidades médicas de control (95%IC:1.19,1.74).

Evaluación de los expedientes clínicos

La información sobre el desempeño del personal de salud pone en funcionamiento una cadena de actividades que tiene por objeto garantizar la calidad a través de la revisión constante de la efectividad* y la eficiencia.‡ El expediente clínico del paciente es una posible fuente de información para la evaluación de éstas.⁶⁸ En México, éste se regula mediante la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (NOM-168-SSA1-1998)⁴⁶ cuyo objetivo es sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico. Esta Norma es obligatoria para los prestadores del sector público, social y privado y es un instrumento de apoyo para el fomento de una cultura de calidad. El valor que tiene cada expediente clínico es imponderable ya que suele contener datos confidenciales; además de ser un documento médico legal y la base para la asistencia, docencia e investigación en salud; su importancia trasciende la relación médico-paciente y exige que quienes intervienen en su elaboración, integración y manejo, lo hagan siempre con esmero, veracidad y pleno sentido de responsabilidad.⁶⁹

En esta investigación se analizó la información proveniente del expediente clínico como una

forma de medición de la labor de los proveedores de salud durante la atención prenatal, en el parto y en el posparto inmediato.

Perfil sociodemográfico de las mujeres atendidas

Antes de proceder a describir los resultados obtenidos en la revisión de los expedientes clínicos, a continuación se presenta el perfil sociodemográfico de las mujeres atendidas en las unidades médicas rurales consideradas en este estudio. La base para este análisis es la información de 3 127 mujeres que fueron atendidas durante el embarazo en las unidades médicas de intervención y control y tenían una fecha probable de parto del 1° de abril de 2009 al 31 de diciembre de 2010. Del total de las 3 127 mujeres embarazadas, 1 771 acudieron a los centros de salud de intervención (56.6%) y 1 356 a los centros de salud de control (43.4%).

Respecto a la edad de las pacientes, se obtuvo que la mayoría eran adolescentes (de 12 a 19 años de edad) (30.0%) o jóvenes (de 20 a 24 años de edad) (29.5%); las proporciones de adolescentes y jóvenes son muy similares en los sitios de intervención (30.2 y 29.0%, respectivamente) y de control (29.8% y 30.2%, respectivamente) (cuadro 2).

Debido a que las unidades médicas consideradas en este estudio se encuentran ubicadas en lugares rurales, y es justo en estos sitios en donde viven numerosos grupos indígenas, se exploró en los expedientes si había información sobre la condición de indigenismo de las pacientes; desafortunadamente, en un alto porcentaje de expedientes no viene anotada esta información (50.4% en total; 45.4%

* La efectividad se determina juzgando si la atención proporcionada va a producir los mayores beneficios posibles en ese momento. Esta depende básicamente de los conocimientos, el juicio y la habilidad de los médicos y otro personal de salud, aunque hay otro tipo de factores que influyen (Donabedian, 1992:16).⁶⁸

‡ La eficiencia deriva de la comparación entre los costos de la atención y sus beneficios esperados; en parte depende de la habilidad de los médicos para seleccionar programas y ejecutar procedimientos de tal manera que se evite su desperdicio (Donabedian, 1992:16).⁶⁸

Cuadro 2

Perfil sociodemográfico de las pacientes que se atendieron en los centros de salud, por tipo de centro

Perfil sociodemográfico	Sitios de atención					
	Intervención (n=1771)		Control (n=1356)		Total (n=3127)	
	n	%	n	%	N	%
Edad de la pacientes						
Menor de 19 años	535	30.2	404	29.8	939	30.0
20-24	513	28.9	409	30.1	922	29.4
25-29	342	19.3	276	20.3	618	19.7
30-34	213	12.0	161	11.8	374	11.9
35+	152	8.5	89	6.5	241	7.7
No especificado	16	0.9	17	1.2	33	1.0
¿Pertenece a una etnia indígena?						
Sí	511	28.9	240	17.7	751	24.0
No	448	25.3	340	25.1	788	25.2
No está en el expediente	804	45.4	771	56.9	1575	50.4
No especificado	8	0.5	5	0.4	13	0.4
¿Sabe leer y escribir?						
Sí	1415	79.9	933	68.8	2348	75.1
No	158	8.9	203	15.0	361	11.5
No está en el expediente	192	10.8	217	16.0	409	13.1
No especificado	6	0.3	3	0.2	9	0.3
Escolaridad						
Ninguna	14	0.8	18	1.3	32	1.0
Primaria	682	38.5	445	32.8	1127	36.0
Secundaria	498	28.1	310	22.8	808	25.9
Preparatoria	91	5.1	26	1.9	117	3.7
Universidad	79	4.5	95	7.0	174	5.6
No está en expediente	24	1.3	25	1.8	49	1.6
No especificado	383	21.6	437	32.2	820	26.3
Estado conyugal*						
Casada	796	44.9	544	40.1	1340	42.8
Unión libre o estable	742	41.9	600	44.2	1342	42.9
Soltera	128	7.2	103	7.6	231	7.4
En unión disuelta	103	5.8	99	7.3	202	6.5
No está en el expediente	2	0.1	4	0.3	6	0.2
No especificado	0	0.0	6	0.5	6	0.2
¿Está en el programa Oportunidades?*						
Sí	404	22.8	473	34.9	877	28.1
No	1357	76.6	877	64.7	2234	71.4
No especificado	10	0.6	6	0.4	16	0.5
¿Está inscrita en el Seguro Popular?*						
Sí	1119	63.2	691	51.0	1810	57.9
No	644	36.4	660	48.7	1304	41.7
No especificado	8	0.5	5	0.4	13	0.4
¿En algún momento tiene derecho al IMSS?*						
Sí	73	4.1	21	1.6	94	3.0
No	1685	95.1	1330	98.1	3015	96.4
No especificado	13	0.7	5	0.4	18	0.6
Total	1771	100	1356	100	3127	100

*p<0.01

en los sitios de intervención, y 56.9% en los sitios de control) (cuadro 2).

En lo referente a alfabetismo, sí se encontró información sobre este rubro y se obtuvo que 75.1% de las pacientes sabían leer y escribir. Hubo un número mayor de personas alfabetas en los sitios de intervención (79.9%) respecto a los de control (68.8%) (cuadro 2), y este hecho posiblemente esté relacionado a que acuden las mujeres más educadas en mayor grado a los centros de salud, ya que diversas investigaciones han demostrado que la escolaridad es un factor determinante en el cuidado de la salud.^{70,71,48}

Tomando en consideración a las personas alfabetas, se indagó en los expedientes sobre su escolaridad; desafortunadamente se obtuvo un porcentaje considerable de información no especificada por lo que no es posible interpretar con precisión los datos obtenidos (cuadro 2).

En relación con el estado conyugal de las pacientes, los datos encontrados en los expedientes muestran que en su gran mayoría estaban casadas (42.8%) o en unión estable (42.3%) al momento de la atención. Por tipo de sitio, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, y destaca una proporción mayor de mujeres casadas en los sitios de intervención (45.0%) que en los de control (40.1%) (cuadro 2).

También se buscó en los expedientes si las pacientes tenían ayudas o atención médica de algunos de los programas sociales instaurados por el gobierno federal o estatal, principalmente en las zonas rurales del país.* Se encontró que en 28.1% de los expedientes se indicaba que las pacientes estaban inscritas al Programa Oportunidades, 57.9% estaban inscritas al Seguro Popular y 3.0% tenía derecho al IMSS en algún momento del año. El 14.0% de la población no estaba inscrita a ningún programa social.

* Los programas Oportunidades y Seguro Popular no son mutuamente excluyentes; es decir, una mujer puede estar inscrita a ambos programas y recibir los beneficios que cada uno de ellos otorga.

Analizando la información por sitio, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sitios de intervención y control en los programas sociales y derechohabiencia al IMSS; de esta forma se encontró que una mayor proporción de mujeres de los sitios de control (34.9%) estaba inscrita al Programa Oportunidades, en comparación con las de los sitios intervención (22.8%) ($p < 0.010$). En el caso del Seguro Popular había más pacientes inscritas en los sitios de intervención (63.2%) que en los de control (51.0%) ($p < 0.010$) y esta misma tendencia se dio en la derechohabiencia temporal al IMSS (4.1% en los sitios de intervención *versus* 1.6% en los de control) ($p < 0.010$) (cuadro 2).

Antes de proceder a evaluar la información de los expedientes clínicos, en la figura 7 se presenta la distribución porcentual del número total de partos atendidos (531) en los centros de intervención y de control, del 1º de abril de 2009 al 31 de diciembre de 2010. Los principales hallazgos encontrados son que en similar porcentaje los centros de salud de intervención atienden de 6 a 10 y de 11 a 40 partos (41.7 y 41.7%, respectivamente) en comparación con los sitios de control en donde este porcentaje es mucho menor (6.7 y 33.3%, respectivamente). En esta figura también se muestra que en los sitios

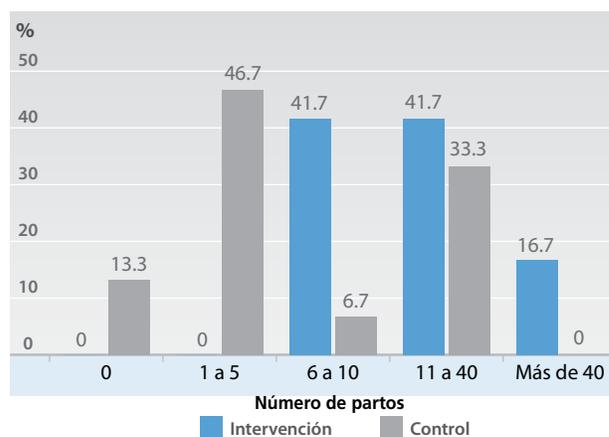


Figura 7. Distribución de los Centros de Salud de Intervención y Control según el número de partos atendidos

de intervención se atiende un volumen mayor de partos, de más de 40 en 16.7% de los CS.

Evaluación de datos de los expedientes clínicos

Además de la información del perfil sociodemográfico de las pacientes, se intentó efectuar un análisis de otros datos contenidos en los expedientes clínicos; desafortunadamente, en gran parte de ellos no se obtuvo toda la información requerida para realizarlo debido a que los expedientes clínicos con frecuencia están incompletos. A este respecto, en algunas investigaciones se señala que éstos, al igual que otras fuentes de información, tienen algunas limitaciones como datos incompletos, poco precisos, variables e inconsistentes. Se puntualiza que las anotaciones de los hallazgos normales de la exploración médica son escasas, muy al contrario de lo que sucede con las anormalidades, las cuales se registran con mayor frecuencia aunque en forma incompleta y en ocasiones los diagnósticos no están justificados o están mal codificados.⁶⁸ A pesar de estas limitaciones, el análisis del expediente clínico es una manera retrospectiva útil para ver el desempeño del personal de salud, por lo que en este trabajo se efectuó una evaluación de los mismos mediante el análisis del porcentaje de llenado y también analizando algunas de las anotaciones efectuadas sobre las acciones clave que se deben realizar a las pacientes en las visitas prenatales, en la atención del parto y en el posparto inmediato.

Porcentaje de llenado de los expedientes clínicos

La información mínima que debe tener todo expediente clínico es la de la identificación de los pacientes; en el cuadro 3 se presenta el análisis de esta información durante la atención prenatal, lo que arroja un porcentaje similar de llenado en los sitios donde laboran PPT o LEO y donde laboran MG. Llama la atención que la fecha de última menstruación se anota en sólo alrededor de 70% de los expedientes.

En relación con las mujeres que tuvieron un parto del 1º de abril de 2009 al 31 de diciembre de 2010 por lugar de atención, en el cuadro 4 se presenta la información prenatal básica que deben tener los expedientes clínicos de acuerdo con la Norma 168,⁴⁶ cabe mencionar que la información que aquí se presenta se refiere a la que se capta en cualquier visita prenatal. Se obtuvo una tendencia similar en el porcentaje de llenado del expediente, entre los sitios de intervención y de control en: el registro de las semanas de gestación en la primera y última visita, en el registro en cualquier visita del número de gestas, de la dosis antitetánica, de los antecedentes alérgicos a medicamentos y del examen físico. En cambio, se registró en mayor proporción en los sitios de intervención que en los de control la toma de TA (40.9 vs 20.6%), de temperatura (40.9 vs 20.6%), y de la medición de la FCF (24.2 vs 2.2%) en cualquier visita y en el registro del examen físico (88.8% en intervención y 83.6% en control); no

Cuadro 3

Evaluación de la información básica contenida en los expedientes clínicos de todas las mujeres por tipo de Centro de Salud

Datos del expediente clínico	Intervención (n=1635)		Control (n= 1232)	
	n	(%)	n	(%)
(Porcentaje de llenado) n=2867				
Nombre de la paciente	1635	100.0	1232	100.0
Apellido paterno	1635	100.0	1232	100.0
Apellido materno	1627	99.5	1231	99.9
Edad	1623	99.3	1217	98.8
Fecha de última menstruación	1171	71.6	923	74.9
Fecha probable de parto	1635	100.0	1232	100.0

Cuadro 4

Evaluación de la información básica prenatal contenida en los expedientes clínicos de las mujeres que tuvieron un parto por tipo de centro de salud

Datos del expediente clínico (Porcentaje de llenado) n=1572	Intervención (n=931)		Control (n= 640)	
	n	(%)	n	(%)
Toma de medida de TA*	381	40.9	132	20.6
Toma de medida de temperatura	381	40.9	132	20.6
Registro de las semanas de gestación en la primera visita prenatal	870	93.4	611	95.5
Registro de las semanas de gestación en la última visita prenatal	864	92.8	604	94.4
Registro de cartilla prenatal	874	93.9	607	94.8
Registro gestas	915	98.3	633	98.9
Registro de partos	499	53.6	386	60.3
Registro de 1ra. dosis antitetánica	909	97.6	631	98.6
Registro de antecedentes alérgicos a medicamentos	918	98.6	634	99.1
Registro del examen físico	827	88.8	535	83.6
Registro de examen físico de mamas	467	50.2	346	54.1
Registro de examen físico de pelvis	345	37.1	299	46.7
Toma de FCF*	225	24.2	14	2.2

* Tensión arterial (TA) y Frecuencia cardiaca fetal (FCF).

obstante estas cifras, tanto en los sitios de intervención como de control denotan un registro muy bajo de las acciones mínimas que se deben efectuar a las mujeres en las visitas prenatales.

Asimismo, se encontraron expedientes en donde las anotaciones de los sitios de control fueron mayores que los de intervención en los siguientes casos: número de partos (53.6% en intervención y 60.3% en control) y registro de examen de mamas (50.2% en intervención y 54.1% en control) y pélvico (37.1% en intervención y 46.7% en control) y persiste la tendencia de bajo registro en estos rubros en todos los CS.

En relación con la información básica de exámenes de laboratorio que deben contener los expedientes clínicos, los resultados obtenidos de las mujeres que tuvieron un parto del 1º de abril de 2009 al 31 de diciembre de 2010 muestran una tendencia similar en el porcentaje de llenado, entre

los sitios de intervención y de control en: la petición de VDRL, de VIH, de biometría hemática y de EGO; en cambio, se registró en mayor proporción en los sitios de intervención que en los de control, el examen de Papanicolaou (24.8 vs 22.8%), la obtención de resultados de Rh (66.1 vs 39.2%), de VDRL (62.4 vs 40.9%), de VIH (50.1 vs 36.7%), y del valor de hemoglobina (63.6 vs 37.0%). A pesar de que se cuenta con el registro de estos rubros tanto en los sitios de intervención como de control, los mismos denotan un registro muy bajo de las acciones mínimas que se deben efectuar a las mujeres (cuadro 5).

Una información adicional obtenida se refiere a la atención otorgada durante el posparto a las mujeres que tuvieron un parto del 1º de abril del 2009 al 31 de diciembre del 2010. En el cuadro 6 se analiza la información básica que debe contener un expediente clínico del puerperio; se encontró

Cuadro 5

Evaluación de la información básica prenatal sobre los análisis de laboratorio contenida en los expedientes clínicos de la mujeres que tuvieron un parto por tipo de centro de salud

Datos del expediente clínico (Porcentaje de llenado) n=1572	Intervención (n=931)		Control (n=640)	
	n	(%)	n	(%)
Registro de Papanicolaou	231	24.8	146	22.8
Resultados de Rh	615	66.1	251	39.2
Petición de VDRL*	904	97.1	614	95.9
Resultado sobre VDRL	581	62.4	262	40.9
Petición de VIH*	888	95.4	610	95.3
Resultado del VIH	466	50.1	235	36.7
Biometría hemática	910	97.7	616	96.3
Valor hemoglobina	592	63.6	237	37.0
Registro de EGO*	907	97.4	612	95.6

*Prueba serológica para la sífilis (VDRL), Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Estudio general de orina (EGO).

una mayor proporción de llenado de expedientes clínicos en los centros de salud de intervención que en los sitios de control; de esta forma se encuentran diferencias en las anotaciones de consejería en PF (78.6% en intervención y 64.7% en control), y en el otorgamiento de un método de PF (77.6% en intervención y 64.4% en control), y es mayor la brecha en la anotación del número de visitas posparto (72.5% en intervención y 43.2% en control) y en la continuación de la lactancia durante el posparto (79.9% en intervención y 36.4% en control).

Pacientes que atendieron su parto en los centros de salud

La evaluación del porcentaje de llenado de la información básica del parto se encuentra en el cuadro 7; los principales hallazgos obtenidos son que, salvo en los registros del Apgar al minuto, a los cinco minutos y de la fecha probable de parto, en todos los demás rubros considerados los porcentajes de llenado de los expedientes en los sitios donde laboran PPT o LEO son mayores que en los de control.

Cuadro 6

Evaluación de la información básica del posparto contenida en los expedientes clínicos de todas las mujeres que tuvieron un parto por tipo de centro de salud

Datos del expediente clínico (Porcentaje de llenado) n= 1504	Intervención (n=897)		Control (n= 607)	
	n	(%)	n	(%)
Número de visitas posparto	650	72.5	262	43.2
Se le brindó consejería sobre planificación familiar	705	78.6	393	64.7
Se le dio método de planificación familiar	696	77.6	391	64.4
La mujer sigue amamantando*	255	79.9	20	36.4

*En este rubro los totales difieren ya que la condición que debe cumplirse es que la mujer había amamantado antes del egreso del hospital (Total 374, intervención 319 y control 55).

Cuadro 7

Evaluación de la información básica del parto contenida en los expedientes clínicos de las mujeres que tuvieron un parto en los centro de salud por tipo de centro de salud

Datos del expediente clínico (Porcentaje de llenado) n=531	Intervención (n=393)		Control (n= 138)	
	n	(%)	n	(%)
Sólo fecha del parto	383	97.5	123	89.1
Registro de peso del recién nacido	387	98.5	133	96.4
APGAR al minuto	377	95.9	113	81.9
APGAR a los 5 minutos	377	95.9	125	90.6
Registro de FCF*	236	60.1	14	10.1
Registro de TA*	346	88.0	80	58.0
Registro de partograma	235	59.8	20	14.5
Registro de administración de vitamina K	362	92.1	90	65.2
Registro de aplicación de antibiótico en los ojos	351	89.3	91	65.9
Valor de hemoglobina	227	57.8	52	37.7
Fecha probable de parto	393	100.0	138	100.0

*Frecuencia cardíaca fetal (FCF), Tensión arterial (TA).

Las cifras más contrastantes se dan en el registro de la FCF (60.1% en los sitios donde laboran PPT o LEO, y 10.1% donde no laboran estas proveedoras alternativas), en el registro del partograma (59.8% en los sitios de intervención y 14.5% en los sitios de control), aplicación de antibiótico en los ojos (89.3% en los sitios de intervención y 65.9% en los de control) y en el valor de la hemoglobina (57.8% en los sitios de intervención y 37.7% en los sitios de control). A pesar de que se encuentra un mayor registro en los sitios de intervención que

en los de control de estos tres rubros, las cifras son muy bajas.

En lo que se refiere a las acciones efectuadas a las mujeres en el puerperio, se obtuvieron brechas mayores entre los sitios de intervención y control, en relación con el total de expedientes, en la anotación del número de visitas (76.3 vs 24.8%), en la consejería en PF (83.5 vs 55.0%), en el otorgamiento de un método de PF (82.4 vs 53.4%) y en la continuación de la lactancia en la visita posparto (77.6 vs 24.6%) (cuadro 8).

Cuadro 8

Evaluación de la información básica del posparto contenida en los expedientes clínicos de las mujeres que tuvieron su parto en el centro de salud por tipo de centro de salud

Datos del expediente clínico (Porcentaje de llenado) n= 504	Intervención (n=375)		Control n=129	
	n	(%)	n	(%)
Número de visitas posparto	286	76.3	32	24.8
Se le brindó consejería sobre Planificación Familiar	313	83.5	71	55.0
Se le dio método de planificación familiar	309	82.4	69	53.5
La mujer sigue amamantando*	274	77.6	29	24.6

*En este rubro los totales difieren ya que la condición que debe cumplirse es que la mujer había amamantado antes del egreso del hospital (Total 471, intervención 353 y control 118).

Pacientes que atendieron su parto fuera de los centros de salud

La información básica del parto contenida en los expedientes clínicos de las mujeres que tuvieron un parto fuera de los sitios de intervención y de control es todavía más escasa que en los CS donde atienden partos; se obtuvo que el porcentaje de registro de la fecha de parto es sumamente bajo en los sitios de intervención y de control (0.6% en los sitios de intervención y 0.2% en los sitios de control), y se encontraron proporciones mayores en el registro del peso del recién nacido en los sitios de intervención que en los de control (67.5 vs 52.5%) aunque continúan siendo muy bajas (cuadro 9).

Respecto a las visitas posparto de las mujeres que tuvieron su parto en otros lugares, se obtuvo que tanto en los CS de intervención como en los de

control el porcentaje de llenado es más alto en los de intervención que en los de control (cuadro 10), y las cifras con el menor registro corresponden a la anotación del número de visitas (69.8% en intervención vs 48.0% en control) y a la continuación de la lactancia en el posparto (71.0% en intervención y 50.9% en control).

Visitas prenatales de las pacientes con 20 semanas y más de edad gestacional

Un análisis adicional que se decidió hacer para valorar la calidad de llenado del expediente fue seleccionar los expedientes clínicos de las mujeres embarazadas con una edad gestacional de 20 semanas y más e indagar si había alguna anotación de cualquiera de las visitas sobre: la lectura de la FCF, sobre la medición de la altura uterina y sobre el

Cuadro 9

Evaluación de la información básica del parto contenida en los expedientes clínicos de las mujeres que tuvieron un parto fuera en los centro de salud por tipo de centro de salud

Datos del expediente clínico (Porcentaje de llenado) n=1043	Intervención (n=544)		Control (n= 499)	
	n	(%)	n	(%)
Sólo fecha del parto	3	0.6	1	0.2
Registro de peso del recién nacido	367	67.5	262	52.5

Cuadro 10

Evaluación de la información básica del posparto contenida en los expedientes clínicos de las mujeres que tuvieron su parto fuera del centro de salud por tipo de centro de salud

Datos del expediente clínico (Porcentaje de llenado) n=993	Intervención (n=520)		Control (n=473)	
	n	(%)	n	(%)
Número de visitas posparto	363	69.8	227	48.0
Se le brindó consejería sobre planificación familiar	390	75.0	318	67.2
Se le dio método de planificación familiar	385	74.0	318	67.2
La mujer sigue amamantando*	347	71.0	222	50.9

*En este rubro los totales difieren ya que la condición que debe cumplirse es que la mujer había amamantado antes del egreso del hospital (Total 925, intervención 489 y control 436).

peso registrado de la paciente (cuadro 11). Para el análisis de esta información se consideró cada rubro por separado y que hubiera en el expediente al menos una anotación. Se obtuvieron porcentajes de llenado similares en los sitios de intervención y en los de control respecto de la medición de la altura uterina y el peso. En el caso de la lectura de la FCF, aunque el porcentaje de anotación es mayor en los CS de intervención que en los de control (18.9 vs 0.5%), las cifras son muy bajas, sobre todo en los sitios de control.

Análisis de laboratorio de las pacientes con 28 semanas y más de edad gestacional

Por último, también se seleccionaron las mujeres con una edad gestacional de 28 semanas y más y se indagó si se había efectuado al menos en alguna de las visitas un análisis de orina, y si se había medido

el nivel de glucosa y de HEMOQ (cuadro 12). Esta evaluación es importante para identificar mujeres con riesgo de preeclampsia con proteinuria, anemia y diabetes gestacional. Los resultados obtenidos muestran similares porcentajes de anotación en los sitios de intervención y de control.

Análisis de la información de los expedientes clínicos

Una vez evaluado el porcentaje de llenado de los expedientes clínicos, a continuación se efectuó un análisis descriptivo de algunas de las acciones clave que se deben realizar a las mujeres embarazadas, tales como lectura del FCF, medición de la altura uterina, del peso, de glucosa y realización de EGO.

Antes de proceder a presentar los resultados obtenidos en las acciones efectuadas a las pacientes embarazadas, en el cuadro 13 se muestra la media

Cuadro 11

Evaluación de la información básica prenatal contenida en los expedientes clínicos de las pacientes embarazadas con 20 y más semanas de gestación por tipo de centro de salud

Datos del expediente clínico	Intervención (n=454)		Control (n= 366)	
	n	(%)	n	(%)
Visitas prenatales con 20 y más semanas de edad gestacional (porcentaje de llenado) n=821				
Lectura de FCF	86	18.9	2	0.5
Medición de altura uterina	451	99.3	365	99.7
Peso registrado	451	99.3	366	100.0

Cuadro 12

Evaluación de la información básica prenatal contenida en los expedientes clínicos de las pacientes embarazadas con 28 y más semanas de gestación por tipo de centro de salud

Datos del expediente clínico	Intervención (n=197)		Control (n= 151)	
	n	(%)	n	(%)
Visitas prenatales con 28 y más semanas de edad gestacional (porcentaje de llenado) n=348				
Realización de examen general de orina	195	99.0	148	98.0
Medición del nivel de glucosa	196	99.5	151	100.0
Medición del nivel de HEMOQ	194	98.5	150	99.3

Cuadro 13

Promedio y distribución porcentual de las visitas prenatales por mujer de las pacientes que tuvieron un parto por tipo de centro de salud

Datos del expediente clínico	Intervención (n= 1165)		Control (n= 947)	
Promedio de visitas prenatales (desviación estándar)	5.50 (2.89)		5.14 (3.42)	
Visitas prenatales n= 2097	n	(%)	n	(%)
1	104	9.0	71	7.6
2 a 5	481	41.5	477	50.8
6 a 9	474	40.9	351	37.4
10 o más	99	8.5	40	4.3
TOTAL	1158	100.0	939	100.0

de visitas prenatales por mujer. El principal hallazgo encontrado fue una media mayor en los sitios donde laboran PPT o LEO (5.50 visitas y desviación estándar de 2.89) que en donde laboran MG (5.14 visitas, desviación estándar de 3.42). De acuerdo con la recomendación de la Norma Oficial Mexicana²⁶ de al menos cinco consultas prenatales, tanto las unidades de control como las de intervención cumplen con la cuota mínima recomendada en el estándar oficial.

Ahora bien, en el cuadro 14 se encuentran los resultados obtenidos de la lectura de la FCF, de la medición de la altura uterina y del peso de las mujeres con 20 y más semanas de gestación que tuvieron un parto del 1º de abril de 2009 al 31 de diciembre de 2010.* Centrándose en los sitios de intervención, se obtiene que a 61.8% de las mujeres que acuden a consulta prenatal se les efectúa al menos una lectura de la FCF, a 26.5% de las pacientes que acuden de 2 a 5 visitas prenatales se les hace al menos una lectura, a 27.1% de las mujeres que acude de 6 a 9 consultas prenatales y a 27.1% de las de 10 y más visitas se les efectúa al menos una vez esta acción. Si comparamos esta información con la de los centros de control, se observa que sólo a 2.9% de las mujeres que acudieron de 2 a 5 visitas prenatales, 2.6% de las que acudieron de 6 a 9 y 8.3% de las de 10 y más visitas prenatales

se les efectuó al menos una lectura de la FCF. Vale la pena aclarar que el porcentaje de llenado de los expedientes en este rubro fue muy bajo, por lo que es muy difícil tener una interpretación precisa de lo que está ocurriendo en los CS.

Respecto a la medición de la altura uterina a las mujeres con 20 y más semanas de gestación, en los sitios de intervención y control se efectúa en cerca de la totalidad de los casos al menos una medición de la primera visita prenatal hasta la novena, excepto en la primera visita en donde se efectúa en menor proporción en los CS de control que en los de intervención (88.9 vs 97.1%) (cuadro 14).

En lo que se refiere a la anotación del peso de las mujeres con 20 y más semanas de gestación, en cerca de la totalidad de los casos se efectúa esta acción en al menos una de las visitas prenatales, tanto en los sitios de intervención como en los de control (cuadro 14).

Considerando ahora a las mujeres con 28 y más semanas de gestación, en el cuadro 15 se presenta la información sobre la realización de análisis general de orina y sobre la medición del nivel de glucosa de las mujeres que tuvieron un parto del 1º de abril de 2009 al 31 de diciembre de 2010 y esta información viene desagregada por número de visitas prenatales.‡ De la información obtenida

* El porcentaje de llenado de estos rubros viene especificado en el cuadro 11.

‡ El porcentaje de llenado de estos rubros viene especificado en el cuadro 12.

Cuadro 14

Lectura de FCF, medición de altura uterina y de peso de las pacientes embarazadas con 20 y más semanas de gestación que tuvieron un parto por número de visitas prenatales y tipo de centro de salud

Datos del expediente clínico	Intervención (n=688)		Control (n= 355)	
	n	% con respecto a cada categoría	n	% con respecto a cada categoría
Visitas prenatales por categoría a partir de la semana 20 de edad gestacional n=1043				
Lectura de FCF a partir de la semana 20 gestacional				
1° visita	21	61.8	0	0.0
2-5 visitas	69	26.5	5	2.9
6-9 visitas	87	27.1	4	2.6
Más de 9 visitas	14	19.4	1	8.3
Se midió la altura uterina a partir de la semana 20 de edad gestacional				
1° visita	33	97.1	16	88.9
2-5 visitas	254	97.7	163	94.2
6-9 visitas	311	96.9	143	94.1
Más de 9 visitas	69	95.8	12	100.0
Peso registrado a partir de la semana 20 de edad gestacional				
1° visita	33	97.1	17	94.4
2-5 visitas	256	98.5	172	99.4
6-9 visitas	318	99.1	148	97.4
Más de 9 visitas	72	100.0	12	100.0

Cuadro 15

Realización de análisis general de orina y medición del nivel de glucosa de las pacientes embarazadas con 28 y más semanas de gestación que tuvieron un parto por número de visitas prenatales y por tipo de centro de salud

Datos del expediente clínico	Intervención (n=195)		Control (n= 153)	
	n	% con respecto a cada categoría	n	% con respecto a cada categoría
Visitas prenatales por categoría a partir de la semana 28 de edad gestacional n=348				
Análisis de orina a partir de la semana 28 de edad gestacional				
1° visita	14	33.3	11	35.5
2-5 visitas	91	68.4	52	46.4
6-9 visitas	16	84.2	3	37.5
Más de 9 visitas	1	100.0	1	50.0
Se tomó nivel de glucosa a partir de la semana 28 de edad gestacional				
1° visita	29	69.0	15	48.4
2-5 visitas	72	54.1	40	35.7
6-9 visitas	4	21.1	1	12.5
Más de 9 visitas	1	100.0	0	0.0

en los CS de intervención se obtiene que sólo al 33.3% de las mujeres que acuden a una consulta prenatal con 28 y más semanas de gestación se les realiza al menos un EGO; no obstante, aumenta a 68.4% cuando se efectúa en alguna de las visitas de la segunda a la quinta y se incrementa todavía un poco más a 84.2% de la sexta a la novena consulta prenatal. En los sitios de control, las proporciones de realización de EGO son de 35.5% en la primera visita, de 46.4% de la segunda a la quinta y de 37.5% de la sexta a la novena visita prenatal.

Respecto a la medición del nivel de glucosa a las mujeres con 28 y más semanas de gestación, las cifras entre los CS de intervención y control difieren bastante y es en los primeros en donde se efectúa en mayor proporción esta medición; así, al 69.0% de las pacientes que asisten a una visita, al 54.1% de las que asisten de 2 a 5 visitas y a 21.1% de las que acuden de 6 a 9 visitas se les mide al menos una vez el nivel de glucosa en alguna de las visitas; en los CS de salud las cifras descienden a 48.4, 35.7 y 12.5%, respectivamente (cuadro 15).

Acciones realizadas en las unidades médicas rurales a las mujeres en trabajo de parto

En 1985, la Organización Mundial de la Salud junto con la Organización Panamericana de la Salud organizó en Brasil una Conferencia sobre Tecnología Apropiable para el Parto, con la participación de 50 personas de distintas disciplinas. La cuidadosa revisión de los conocimientos sobre este tema dio como resultado un consenso unánime sobre algunas recomendaciones aplicables a los servicios perinatales de todo el mundo, tomando en cuenta el derecho de todas las mujeres a una atención prenatal adecuada y a tener un papel protagonista en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo su participación en la planeación, ejecución y evaluación de la atención. Se señala que los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de otorgar una atención prenatal adecuada.⁷² En 1996 se actualizaron estas recomendaciones, argumentando que en esa fecha se continuaba practicando en el mundo un cuidado perinatal y uso de tecnología inapropiados, a pesar de que existía una aceptación generalizada acerca de los principios de cuidados basados en la evidencia.⁷³ En este capítulo se presentan los resultados de las entrevistas efectuadas a los proveedores sobre sus prácticas rutinarias en la atención al parto con base en las recomendaciones de la OMS para la buena práctica obstétrica de acuerdo a medicina basada en evidencia.²⁵

La práctica de la medicina basada en evidencia busca promover la integración de la experiencia clínica a las mejores evidencias disponibles, al considerar la seguridad en las intervenciones y la ética en la totalidad de las acciones.⁷³ Vale la pena destacar que las recomendaciones de la OMS con-

cuerdan con la Norma Oficial Mexicana 007²⁶ y los lineamientos técnicos mexicanos para la atención a la mujer embarazada.^{27,28} Por su parte, la propuesta de humanización del parto* está fundamentada en la asistencia obstétrica basada en evidencia científica, así como en la atención sustentada en la relación de pareja y en el respeto entre dos personas, en la visión del parto como un fenómeno fisiológico y no patológico, y en el parto conducido por la mujer, siguiendo sus instintos y necesidades con libertad de movimientos y de expresión.⁷³ Muchas de las acciones que recomienda la OMS coinciden con la propuesta del parto humanizado.²³

En el cuadro 16 se describen las acciones que fueron consideradas en el presente análisis[‡] y están divididas de acuerdo con las diferentes etapas de atención de un parto. Los resultados de este análisis provienen de las entrevistas realizadas a los proveedores respecto a su práctica rutinaria en la atención de los partos.[§]

Encuentro inicial

Basados en la información sobre los tres últimos partos atendidos por PPT, LEO y MG, o en su caso, médicos pasantes en servicio social (MPSS),

* Esta propuesta se basa en el respeto a los derechos humanos, reproductivos y sexuales de las mujeres y sus parejas, y busca cambiar la idea de que el embarazo y el parto son un hecho médico, tratando de recuperar la noción de que es un hecho trascendente, sagrado, íntimo y personal.⁷³

‡ Para mayor información sobre la propuesta de la OMS ver Anexo B.

§ Para mayor información ver capítulo sobre metodología.

Cuadro 16

Descripción de las acciones para una buena práctica obstétrica de acuerdo con la propuesta de las OMS

Acciones para una buena práctica obstétrica durante el encuentro inicial

Monitoreo permanente del bienestar físico y emocional de la mujer en trabajo de parto

- Toma de signos vitales
- Realización de examen pélvico
- Realización de examen físico (auscultación de corazón y pulmones)
- Revisión de contracciones (frecuencia y que tan fuertes son)
- Monitoreo de los latidos fetales

Acciones para una buena práctica obstétrica durante el trabajo de parto, parto y posparto inmediato

Durante el trabajo de parto:

- Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal
- Ofrecimiento de hidratación oral
- Utilización de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor (respiración rítmica, masajes/sobar, apoyo psicológico, homeopatía, deambulación/ejercicio, cambios de posición, relajamiento, paños calientes/fríos, ducha o baño, y música/incienso)
- Libertad de movimiento materno (ambulación, cambios de posición, ducharse)

En la fase activa

- Uso de posición no supina (durante la fase de pujo y durante el parto)
- Respeto de la elección de la mujer respecto a los acompañantes

Durante la tercera etapa:

- Revisión rutinaria de la placenta y membranas
- Uso de oxitocina profiláctica durante la tercera etapa del parto

Periodo neonatal

- Contacto piel a piel temprano entre la madre y el bebé
- Ayuda con la iniciación de la lactancia materna dentro de la primera hora posparto

Acciones perjudiciales e ineficaces para una buena práctica obstétrica durante el trabajo de parto y el parto

Durante el trabajo de parto:

- Uso rutinario de depilación púbica
- Aplicación rutinaria de enema evacuante
- Uso rutinario de infusiones intravenosas
- Administración no controlada de oxitocina antes del nacimiento

En fase activa:

- Uso rutinario de episiotomía

Durante la tercera etapa:

- Limpeza rutinaria de la cavidad uterina después del nacimiento

Acciones que deben efectuarse con cautela para una buena práctica obstétrica

Durante el trabajo de parto:

- Amniotomía temprana de rutina en fase de dilatación

Durante la tercera etapa:

- Pinzamiento temprano del cordón umbilical

Fuente: OMS (1996).²⁵

se cuestionó a éstos sobre las acciones que rutinariamente realizan en el encuentro inicial cuando la mujer llega a atenderse por parto. A continuación

se presentan los resultados del monitoreo permanente del bienestar físico y emocional de la mujer en trabajo de parto.

Acciones realizadas a la paciente en trabajo de parto durante el encuentro inicial

En el cuadro 17 se muestran algunas de las acciones que los proveedores realizan durante el encuentro inicial, tales como la toma de signos vitales, realización de examen físico (auscultación de corazón y pulmones), pélvico y exploración de edema. Estas acciones son importantes para ver el estado actual de salud de la paciente en este momento.

Los principales hallazgos muestran diferencias entre los sitios de intervención y control sólo en la toma de signos vitales ($p=0.006$), efectuándose en mayor grado en los sitios de intervención (87.6%) que en los sitios de control (75.2%). A pesar de que se encontró una mayor realización del examen físico, del examen pélvico y en la exploración de edema en los sitios de intervención en comparación con los de control, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Llama la atención la escasa (o nula) identificación de edema en la práctica ordinaria de los proveedores.

También se indagó en el encuentro inicial si los proveedores habían revisado la frecuencia e intensidad de las contracciones y el monitoreo de los latidos fetales, así como si habían ingresado a la mujer durante el encuentro inicial (cuadro 17); y se

encontró significancia estadística en el monitoreo de los latidos fetales ($p=0.000$), que se realizó en mayor proporción en los sitios de intervención (92.0%) respecto de los de control (71.6%). También se obtuvo asociación estadística en el ingreso de la mujer durante el encuentro inicial y el lugar de atención ($p=0.002$) con una proporción mayor de ingreso en los sitios de intervención (81.6%) que en los de control (65.7%).

Trabajo de parto

De acuerdo con la recomendación hecha por la OMS²⁵ sobre las acciones que son útiles y deben ser promovidas para una buena práctica obstétrica, aquí se analizan los resultados de:

- Monitoreo de la frecuencia cardiaca del feto con auscultación intermitente.
- Utilización de métodos no invasivos y no farmacológicos para controlar el dolor, como masaje y técnicas de relajación.
- Libertad de movimiento en el trabajo de parto.
- Ofrecimiento de hidratación oral durante el trabajo de parto.

También se analizarán aquellas acciones que la OMS señala que deben eliminarse por resultar per-

Cuadro 17
Acciones realizadas durante el encuentro inicial

Acciones	Intervención	Control
	(n=201)	(n=109)
Toma de signos vitales*	87.6%	75.2%
Efectuó examen físico**	15.4%	14.7%
Efectuó examen pélvico	91.0%	87.2%
Exploró edema	10.9%	0.9%
Ninguna acción	0.5%	1.8%
Monitoreo de latidos fetales*	92.0%	83.6%
Frecuencia e intensidad de las contracciones	71.6%	76.1%
Ingresó a mujer durante el encuentro inicial*.#	81.6%	65.7%

* $p<0.01$

** Auscultación de corazón y pulmones

Intervención (n=201); Control (n= 108)

judiciales e ineficaces para que haya una buena práctica obstétrica:

- Uso rutinario de depilación púbica
- Aplicación rutinaria de enema evacuante.
- Uso rutinario de infusiones intravenosas
- Administración no controlada de oxitocina antes del nacimiento.

Asimismo se analizarán algunas de las prácticas que la OMS²⁵ ha recomendado efectuar con cautela ya que su evidencia es escasa hasta que se sustente su uso o eliminación:

- Amniotomía temprana de rutina en fase de dilatación.

Tomando en consideración este tipo de prácticas, adicionalmente se efectuará un análisis sobre las respuestas dadas por los proveedores sobre la realización de estimulación en el trabajo de parto y tipo de estimulación efectuada; también se presenta la información sobre el color de líquido amniótico al momento de la ruptura artificial de las membranas (RAM), así como los centímetros de dilatación de la paciente al momento del ingreso al centro de salud, al momento de la canalización de la paciente y cuando se hizo la RAM (en el caso de haber realizado esta acción).

Medición de la frecuencia cardiaca fetal (FCF)

En la figura 8 se encuentra la frecuencia con la que el proveedor escuchó la frecuencia cardiaca fetal una hora antes del nacimiento por sitio de atención; se observa en los sitios de intervención que la medición de la FCF la hacen mayoritariamente cada 5 a 15 minutos (51.5%) y de 16 a 30 minutos (25.0%), incluso un 7.0% la miden antes de cada cinco minutos en la hora anterior al nacimiento; en cambio, en los sitios control esta medición generalmente se efectúa cada 16 a 30 minutos (44.3%) y de cada 5 a 15 minutos (29.2%). No se pudo realizar la prueba de significancia estadística debido al número de casos en algunas de las categorías.

Manejo del dolor no farmacológico

Una de las recomendaciones de la OMS²⁵ en el trabajo de parto es la utilización de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor. En este estudio se considera manejo del dolor cuando se realiza a las pacientes alguna de las siguientes acciones: 1) Respiración rítmica, 2) Masaje/sobar, 3) Baños de regadera o tina, 4) Caminar, hacer ejercicios, 5) Cambios de posición 6) Homeopatía, 7) Infusiones, 8) Apoyo psicológico y 9) Música/incienso.

En el cuadro 18 se muestra el uso de métodos no farmacológicos para el manejo de dolor por lugar de atención. Se obtuvo, con significancia estadística, que en los sitios de intervención se realizan en mayor grado las prácticas beneficiosas para las pacientes recomendadas por la OMS (50.7%) en contraste con los sitios de control (15.6%) ($p=0.000$). En este mismo cuadro también se muestra qué persona realiza el manejo del dolor; se obtienen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.004$) en el caso del mismo proveedor (90.2% en inter-

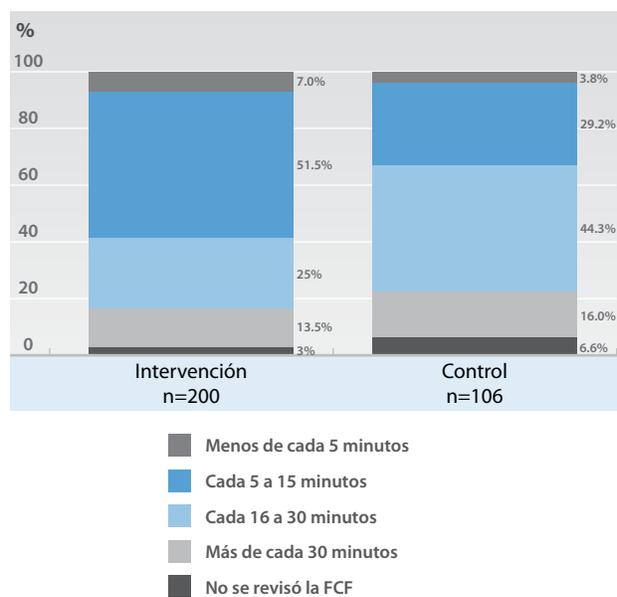


Figura 8 Frecuencia con que el proveedor escuchó la FCF en la última hora antes del nacimiento.

Cuadro 18

Acciones para una buena práctica obstétrica durante el trabajo de parto

Utilización de métodos no invasivos y no farmacológicos para controlar el dolor, como masaje y técnicas de relajación	Intervención	Control
	(n=201)	(n=109)
Manejo del dolor no farmacológico*	50.7%	15.6%
De los cuales:		
1. Tipo de proveedor que realizó el manejo	(n=102)	(n=17)
El mismo proveedor*	90.2%	64.7%
Partera tradicional	1.0%	0.0%
Esposo	11.8%	5.9%
Otro familiar	4.9%	5.9%
Algún otro proveedor de salud	1.0%	11.8%
Otro	3.9%	5.9%
2. Acciones realizadas para el manejo del dolor no farmacológico	(n=102)	(n=17)
Respiración rítmica	63.7%	64.7%
Masaje/sobar	40.2%	5.9%
Apoyo psicológico	20.6%	47.1%
Homeopatía	9.8%	0.0%
Caminar/ejercicios	9.8%	0.0%
Cambiar de posición	7.8%	5.9%
Ducha/baño	6.9%	0.0%
Música/incienso	4.9%	0.0%

*p<0.01

vención y 64.7% en control); otra figura relevante aunque sin significancia estadística fue la del esposo (11.8% en intervención y 5.9% en control). No se pudo realizar la prueba de significancia estadística en el resto de las categorías debido al bajo número de casos.

Ahora bien, en el mismo cuadro 18 se muestran también las acciones realizadas para el manejo del dolor no farmacológico. Se observa que mientras en los sitios de control las acciones realizadas se centran primordialmente en la respiración rítmica (64.7%) y en apoyo psicológico (47.1%), en los sitios de intervención estas acciones se diversifican en mayor número y abarcan la respiración rítmica (63.7%), realización de masajes (40.2%), apoyo psicológico (20.6%), caminar o realización de ejercicios (9.8%) y también en la prescripción de medicamentos homeopáticos (9.8%), cambios de

posición (7.8%) y duchas o baños de las pacientes (6.9%) y música o incienso (4.9%). No se pudo realizar la prueba de significancia estadística debido al bajo número de casos en algunas de las categorías de respuesta.

Libertad de movimiento

Otra de las recomendaciones dadas por la OMS²⁵ es la libertad de movimiento durante el trabajo de parto. En este estudio se preguntó a los proveedores si sugirieron a sus pacientes que deambularan; también se les preguntó, independientemente de la sugerencia, si sus pacientes habían caminado durante el trabajo de parto. En la figura 9 se muestran los resultados encontrándose diferencias estadísticamente significativas en los dos rubros analizados. De esta forma, hay diferencias a favor de los CS

donde atienden PPT o LEO tanto en la sugerencia de deambulaci3n (76.1 vs 45.8%, $p=0.000$) como en la deambulaci3n durante el trabajo de parto (71.6 vs. 57.0%, $p=0.010$).

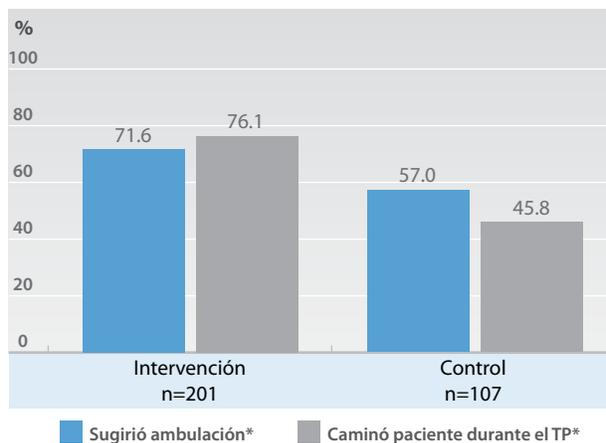
Ofrecimiento de hidrataci3n oral durante el trabajo de parto

Otra acci3n promovida por la OMS²⁵ es el ofrecimiento de hidrataci3n oral durante el trabajo de parto; en este caso se indag3 con los proveedores si sus pacientes haban bebido lquidos en esta etapa. Se obtuvo que la ingesta de lquidos lo realizan las pacientes en mayor porcentaje en las clnicas de intervenci3n (60.7%) respecto de las de control (20.4%), con significancia estadstica ($p=0.000$) (figura 10).

Rasurado del vello p3blico y aplicaci3n de enema y uso rutinario de infusiones intravenosas

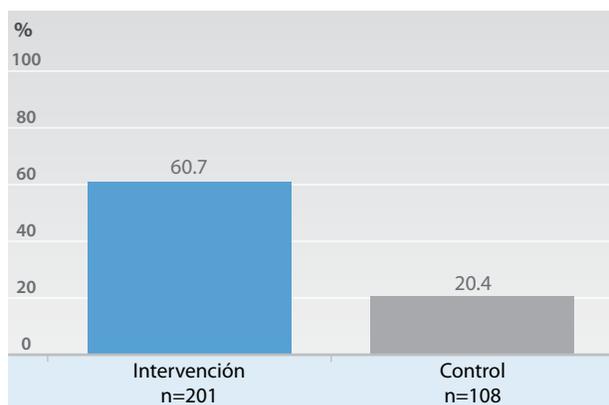
En el cuadro 19 se muestran los resultados encontrados en este tema, obteni3ndose que el uso rutinario de depilaci3n p3blica y de enema evacuante se efectuan muy poco en los sitios del estudio. No se pudo realizar la prueba de significancia estadstica debido al bajo n3mero de casos.

En lo que se refiere al uso rutinario de infusiones intravenosas, se encontr3 que en los dos sitios de atenci3n se efectua en alto grado esta pr3ctica y no hay diferencias con significancia estadstica entre los CS (cuadro 19).



** $p<0.05$.

Figura 9. Deambulaci3n durante el trabajo de parto.



* $p<0.001$.

Figura 10. Ingesta de lquidos durante el trabajo de parto.*

Cuadro 19

Acciones perjudiciales e ineficaces para una buena pr3ctica obst3trica durante el trabajo de parto

Acciones	Intervenci3n (n=197)	Control (n=109)
Uso rutinario de depilaci3n p3blica	1.0%	2.5%
Aplicaci3n rutinaria de enema evacuante	2.5%	2.8%
Uso rutinario de infusiones intravenosas*	92.5%	95.4%

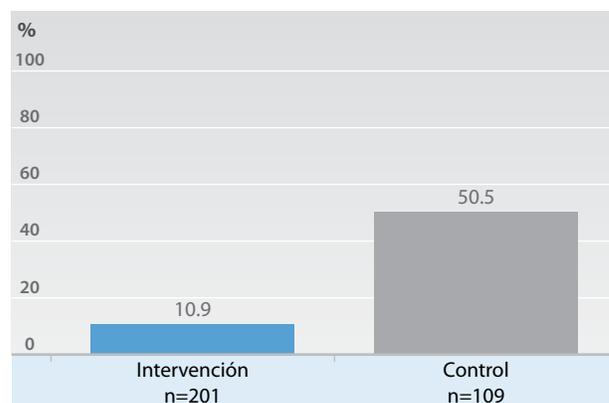
* Intervenci3n (n=199)

Uso de oxitocina en el parto

El uso de oxitocina en el parto es una práctica muy común en México; la OMS²⁵ señala que su uso rutinario es dañino por el riesgo de hiperestimulación uterina y sufrimiento fetal. Estos riesgos deben ser considerados sobre todo si no hay una indicación médica para aplicarlo. En la figura 11 se presenta el uso de oxitocina en el parto como una medida de rutina que muestra una diferencia estadísticamente significativa entre su uso en los sitios de intervención y control ($p=0.000$); de esta forma 10.9% de los proveedores de las clínicas de intervención lo utilizan, en contraste con 50.5% de los de las clínicas de control.

Amniotomía temprana

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la amniotomía temprana durante la primera fase del parto (período de dilatación) entre los sitios de intervención (47.0%) y de control (46.8%) (cuadro 20). La forma en que se rompieron las membranas fue principalmente artificial y se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0.047$) entre los sitios donde laboran PPT o LEO y donde laboran MG. Se efectuó en mayor proporción en las clínicas de control (66.7%) que en las de intervención (48.8%).



* $p<0.001$.

Figura 11. Aplicación de oxitocina IV durante el trabajo de parto*

Color del líquido amniótico

A los proveedores que declararon haber realizado ruptura prematura de membranas se les preguntó sobre el color del líquido amniótico. En el cuadro 20 se muestra que tanto en las clínicas de intervención como de control una proporción de las pacientes tuvo meconio (9.8 vs 9.4%). No se pudo calcular la significancia estadística debido al bajo número de casos en una de las categorías de respuesta.

Cuadro 20

Acciones que deben efectuarse con cautela durante el trabajo de parto

	Intervención	Control
Amniotomía temprana de rutina en fase de dilatación	(n=200)	(n=109)
Ruptura de membranas en la primera fase de parto	47.0%	46.8%
Tipo de ruptura	Intervención (n=91)	Control (n=49)
Natural/espontánea	51.2%	33.3%
Ruptura artificial de membranas (RAM)*	48.8%	66.7%
Color del líquido amniótico en RAM	Intervención (n=41)	Control (n=32)
Claro	90.2%	90.6%
Con meconio	9.8%	9.4%

* $p<0.05$.

Estimulación en el trabajo de parto

Se obtuvo, con significancia estadística, que 2.4% de los proveedores en las clínicas de intervención y 38.3% de los de las clínicas de control declaró haber realizado algún tipo de estimulación durante el trabajo de parto ($p=0.003$) (figura 12).

Respecto a los tipos de estimulación que los proveedores aplicaron durante el trabajo de parto, en la figura 12 se muestra que el uso de oxitocina intravenosa o intramuscular en los sitios en donde atienden MG es más común (87.8%) respecto de los sitios donde atienden PPT o LEO (22.2%), con significancia estadística ($p=0.000$). Respecto a la amniotomía temprana como medida de estimulación en el trabajo de parto, esta se efectúa escasamente, pero es ligeramente mayor en los sitios control (4.9%) que en los de intervención (4.4%). Existen otros tipos de estimulación realizados por los proveedores, tales como la realización de masajes (que se efectuó en 22.2% en los sitios de intervención y 9.8% en los de control), o la prescripción de medicamentos homeopáticos (que se efectuó en 33.0% de los sitios de intervención y en ninguno de los de control), y deambulación (6.7% en las unidades de intervención). También hay otra práctica a veces realizada por los proveedores que es

la aplicación de butilioscina; esta fue aplicada en 20.0% de los sitios de intervención y 2.4% de los de control. Vale la pena señalar que no hay evidencias de que la butilioscina sea un medicamento eficaz para los dolores durante el trabajo de parto y su uso podría acarrear un riesgo de categoría “C”, por lo que debería evitarse. En la misma figura 12 se muestra que es principalmente en los sitios de intervención donde se aplican en mayor proporción estas prácticas alternativas para estimular el trabajo de parto, de las cuales sólo una es nociva. Debido al escaso número de casos en todas las categorías, exceptuando la aplicación de oxitocina, no se pudo calcular la significancia estadística.

Tomando en cuenta las diferentes acciones que realizan los proveedores durante el trabajo de parto, en el cuadro 21 se presenta el promedio de dilatación vaginal cuando la mujer llegó a atenderse, cuando se canalizó a la paciente y cuando se rompieron artificialmente las membranas.

Los principales hallazgos muestran que el promedio de centímetros de dilatación cuando las mujeres llegan por primera vez a la clínica para atender su parto es muy similar en las clínicas de intervención (6.10 cm) y en las de control (5.89 cm); sin embargo no es así en el valor de mayor frecuencia (8.00 cm en intervención y 5.00 cm en

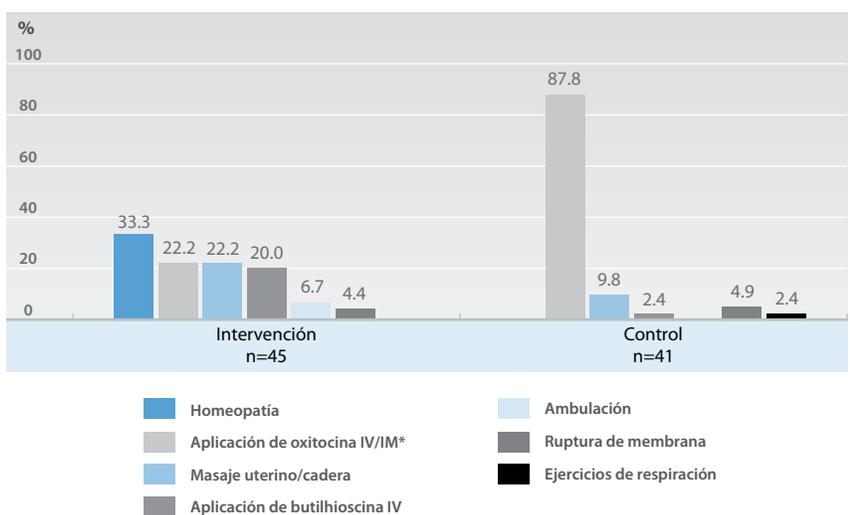


Figura 12
Otros tipos de estimulación durante el trabajo de parto

* $p<0.001$.

Cuadro 21

Promedio de dilatación cuando los proveedores efectuaron diferentes acciones durante el trabajo de parto

Centímetros de dilatación	Llegó por primera vez para atenderse su parto	Se canalizó a la paciente	Ruptura artificial de membranas
Intervención	(n=201)	(n=182)	(n=91)
Media	6.1	8.3	8.76
Mediana	6	9	10
Moda	8	10	10
Desviación estándar	2.67	1.68	1.81
Control	(n=109)	(n=104)	(n=49)
Media	5.89	7.67	9
Mediana	5	8	9
Moda	10	8	10
Desviación estándar	2.98	1.69	1.02

control) ni el de la mediana (6.00 cm en los sitios de intervención vs. 5.00 cm en los sitios de control). En el caso de las pacientes que fueron canalizadas durante el trabajo de parto, esta acción en promedio se hizo un poco más tardíamente en los sitios de intervención que en los de control (8.30 vs 7.67 cm, respectivamente). También el valor de mayor frecuencia fue un poco mayor en los sitios de intervención que en los de control (10.00 y 8.00 cm, respectivamente); en este caso la mediana de centímetros de dilatación fue de 8.50 en los sitios de intervención vs. 8.00 cm en los control. En el caso de las pacientes a las que se les realizó RAM, el promedio de dilatación, la media y la mediana es prácticamente igual en los dos sitios, aunque es un poco mayor la desviación estándar en los sitios de intervención que en los de control (1.81 vs 1.02).

Fase activa

De acuerdo con la recomendación hecha por la OMS (1996) sobre las acciones que son útiles y deben ser promovidas para una buena práctica obstétrica, aquí se analizan los resultados de:

- Promoción de posiciones no supinas.
- Respeto de la elección de la mujer respecto a los acompañantes.

Respecto a las acciones que la OMS señala que deben reducirse por resultar inadecuadas y que se utilizan excesivamente en la práctica obstétrica, aquí se analizan los resultados de:

- Uso rutinario de episiotomía.

Como información adicional también se analiza la información sobre los proveedores que efectuaron la maniobra de Kristeller y quiénes fueron los proveedores que tomaron la mayoría de las decisiones sobre cómo manejar el parto.

Posición no supina

La OMS²⁵ recomienda que los proveedores estimulen en la fase activa del parto una posición diferente a la supina y la evidencia para argumentar esto es no sólo la comodidad de la paciente parturienta, sino que la posición supina puede obstaculizar el flujo de sangre y oxígeno del producto. En las figuras 13 y 14 se presenta la posición de la paciente durante la fase de pujo y durante la fase de expulsión. Se observó una mayor diversificación en la posición de la paciente en las dos fases en los sitios donde atienden PPT o LEO respecto a los sitios donde atienden los MG; de esta forma, mientras que en los sitios de control la posición que generalmente tienen

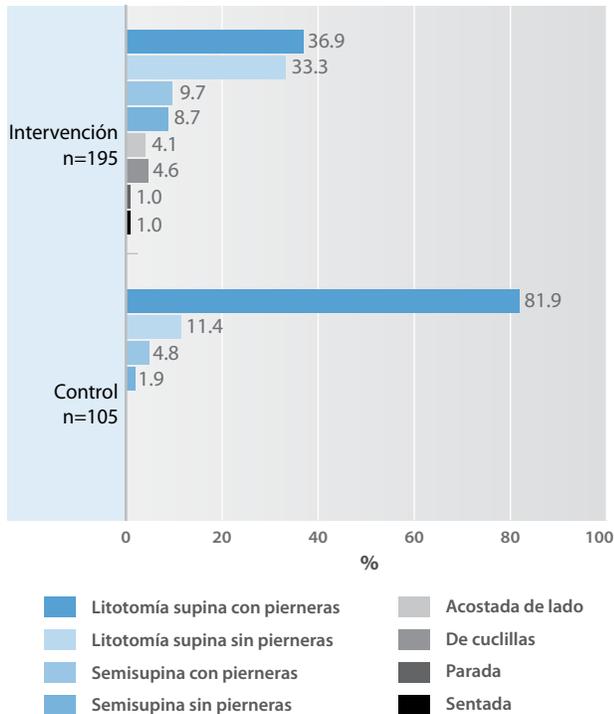


Figura 13. Posición de la paciente durante la fase de pujo.

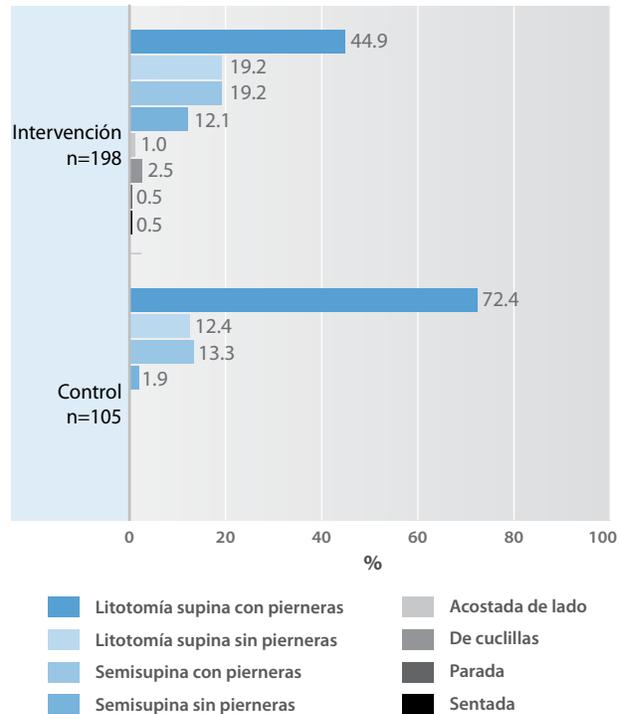


Figura 14. Posición de la paciente durante la fase de expulsión.

las mujeres es la de litotomía supina con pierneras (81.9% durante el pujo y 72.4% durante la expulsión), en los sitios de intervención se utiliza esta posición (36.9% durante el pujo y 44.9% durante la expulsión) pero también hay otras posturas utilizadas tales como la semisupina con pierneras (9.7% durante el pujo y 19.2% durante la expulsión) y semisupina sin pierneras (8.7% durante el pujo y 12.1% durante la expulsión); así como acostada de lado, de cuclillas, parada o sentada que si bien las cifras son muy pequeñas, comienzan a practicarse en los sitios de intervención y no son señaladas en los sitios de control.

Persona que estaba presente al momento del parto

La OMS²⁵ señala que debe respetarse la elección de la mujer de los acompañantes; en el cuadro 22 se muestran las personas que estaban presentes al momento del parto.

Cuadro 22

Acciones para una buena práctica obstétrica durante la fase activa

a) Respeto de la elección de la mujer de los acompañantes	Intervención (n=201)	Control (n=109)
Personal de la clínica		
Médico general*	8.5%	22.9%
Lic. en Enfermería y Obstetricia	10.4%	0.0%
Partera profesional técnica	34.8%	0.0%
Médico pasante del servicio social	35.8%	40.4%
Otras personas		
Esposo	36.3%	30.3%
Mamá	12.9%	12.8%
Suegra	4.0%	5.5%
Otro familiar	5.0%	3.7%
Partera tradicional	1.5%	0.0%

* p<0.01.

En relación con el personal de la clínica, los más mencionados al momento del parto en los sitios de intervención son los médicos pasantes (MPSS) (35.8%), las PPT (34.8%), y las LEO (10.4%), en tanto que en las clínicas de control son los médicos pasantes (40.4%) y los MG (22.9%). De todas estas categorías únicamente se encontró significancia estadística en el caso de los MG ($p=0.000$); en la categoría de MPSS no hubo significancia estadística y en el resto de las categorías (PPT o LEO) no se pudo efectuar la prueba debido a que sólo hay estos proveedores en los sitios de intervención.

Respecto a otras personas que estuvieron presentes al momento del parto, son los esposos y las madres de las pacientes las personas más mencionadas, aunque sin diferencias estadísticamente significativas (36.3 y 12.9% en los sitios de intervención, respectivamente, y 30.3 y 12.8% en los de control, respectivamente).

Una información adicional importante de analizar en esta fase, es la persona que tomó la mayoría de las decisiones sobre cómo manejar el parto. En el cuadro 23 se muestra que de todos los partos atendidos por LEO o PPT son ellas mismas quienes tomaron la decisión sobre el manejo del parto (43.2 y 54.1% respectivamente). Por tanto, es importante señalar que en los sitios de intervención las PPT y LEO están asumiendo un rol de liderazgo que está siendo aceptado incluso por los médicos que laboran allí mismo.

Cuadro 23

Persona que tomó la mayoría de las decisiones de cómo manejar el parto en los sitios de intervención (n=201)

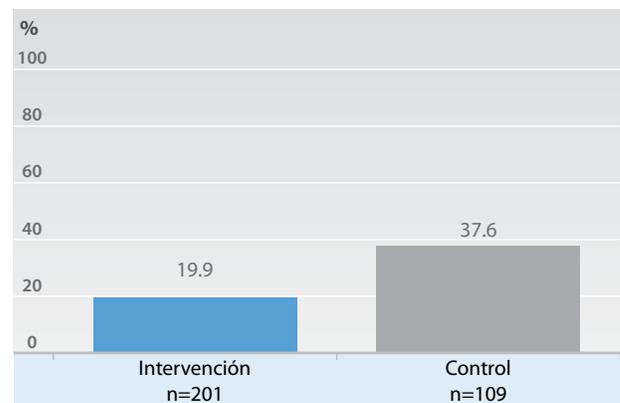
Lic. en Enfermería y Obstetricia	43.2%
Partera profesional técnica	54.1%
Médico pasante del servicio social	1.8%
Médico general	0.9%

Episiotomía

En relación con el uso rutinario de episiotomía, esta práctica ya no se recomienda y el porcentaje ha disminuido dramáticamente en las naciones desarrolladas. En este estudio se indagó si los proveedores realizaron esta acción. En la figura 15 se presentan los resultados y destaca la diferencia estadísticamente significativa que se encontró en la realización de esta acción en los sitios de intervención (19.9%) respecto de los de control (37.6%) ($p=0.001$). Vale la pena destacar que la proporción de mujeres a quienes se les practica una episiotomía en los sitios de control es superior a la de los hospitales de referencia, en donde se efectúa como una práctica de rutina.

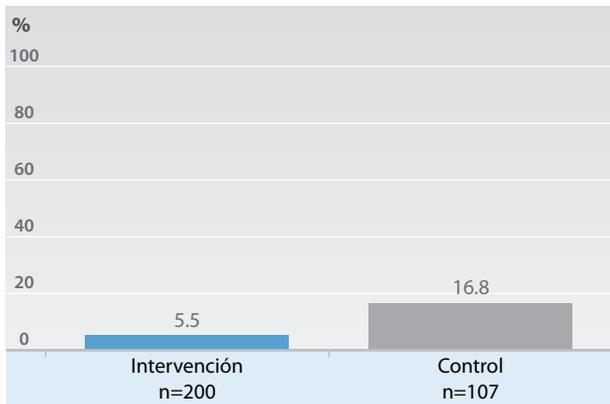
Maniobra de Kristeller

Una acción dañina comúnmente realizada en la fase activa es la Maniobra de Kristeller. En la figura 16 se muestra la diferencia estadísticamente significativa encontrada entre los sitios de intervención y de control ($p=0.001$), que demuestra que esta maniobra se realiza en menor medida en los de intervención (5.5%) que en los de control (16.8%).



* $p<0.005$.

Figura 15. Realizó episiotomía.*



* p<0.005.

Figura 16. Maniobra de Kristeller durante el trabajo de parto.*

Tercera etapa

De acuerdo con la recomendación de la OMS²⁵ sobre las acciones útiles que deben ser promovidas para una buena práctica obstétrica, aquí se analizarán los resultados de:

- Revisión rutinaria de placenta y membranas.
- Uso de oxitocina profiláctica durante la tercera etapa del parto.

Respecto de las acciones que la OMS señala que deben eliminarse por ser perjudiciales e ineficaces, aquí analizaremos

- Limpieza rutinaria de la cavidad uterina después del nacimiento.

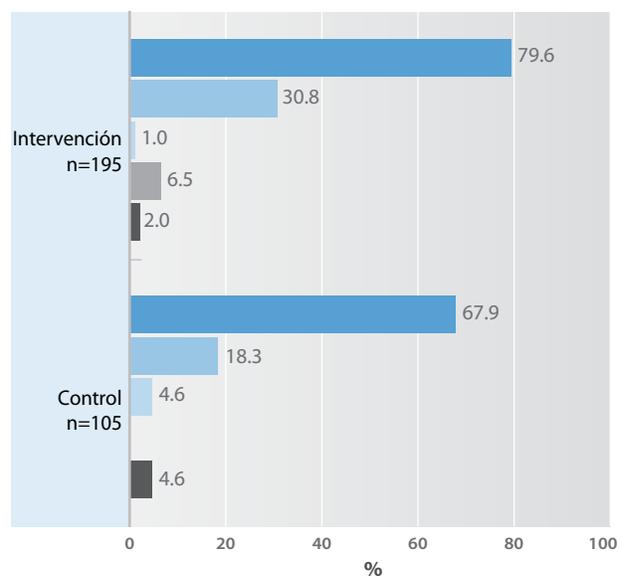
En relación con las acciones que la OMS señala que deben realizarse con cautela, ya que su evidencia es escasa hasta que se sustente su uso o eliminación, se analizará:

- Pinzamiento temprano del cordón umbilical.

También se analizará la información sobre presentación de complicaciones.

Revisión de la placenta

El tipo de expulsión de la placenta puede o no implicar riesgo a la salud de la mujer y de ahí la recomendación de la OMS de hacer el manejo activo de la tercera etapa del parto que incluye: 1) Administración durante el primer minuto del nacimiento del bebé de 10 unidades de oxitocina; 2) La tracción y contracción del útero y del cordón umbilical; 3) Masaje uterino después de la expulsión de la placenta. La extracción manual de la placenta está contraindicada y debe ser practicada sólo en situaciones de retención de la placenta después de 30 minutos. Tomando en cuenta esta indicación, se obtuvo que en los sitios de intervención se efectuó en una mayor proporción la tracción del cordón umbilical (79.6%) respecto de los sitios de control (67.9%), con significancia estadística ($p=0.022$) (figura 17). La extracción manual se registró en un



* p<0.05.

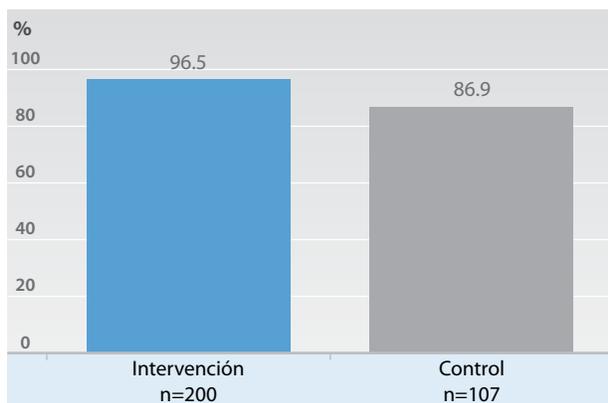
- Tracción cordón umbilical*
- Masaje en el útero*
- Revisión placenta
- Aplicación de oxitocina
- Extracción manual

Figura 17. Prácticas observadas durante la extracción de la placenta.

2.0% de los sitios de intervención y en 4.6% de los de control. La aplicación de oxitocina en esta fase del parto no se reportó en los sitios de control, en tanto que en los sitios de intervención fue de 6.5%; respecto al masaje uterino, éste se efectuó en 30.8% de los sitios de intervención y en 18.3% de los de control, con significancia estadística ($p=0.017$). Llama la atención que la revisión de la placenta únicamente fue reportada en los sitios de control y tan sólo en 1.0% de los partos atendidos, mientras que en los sitios de intervención, en ningún caso.

Uso rutinario de oxitocina posparto

A pesar de que el uso rutinario de oxitocina posparto es parte del manejo activo de la tercera etapa, los proveedores no la identifican como tal (figura 17); sin embargo cuando se les pregunta directamente si la utilizaron en el posparto, la mayoría refiere administrarla. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los proveedores de los sitios de intervención (96.5%) y los de los sitios de control (86.9%) ($p=0.002$) en la utilización de la misma en el posparto (figura 18).



* $p<0.005$.

Figura 18. Aplicación de rutina de oxitocina posparto.*

Limpieza uterina

A pesar de que la OMS señala que la realización de limpiezas posparto es perjudicial o ineficaz,²⁵ esta práctica está muy extendida en México. La limpieza uterina es extremadamente dolorosa para las mujeres y, de hecho, puede incrementar el riesgo de endometritis posparto por la introducción de bacterias vaginales en el útero. La simple inspección de la placenta es suficiente para confirmar que no queda tejido de la placenta en el útero.

En este estudio se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la realización de limpieza uterina en los dos tipos de sitios considerados, con 41.5% de realización en los sitios de intervención y 82.2% en los de control ($p=0.000$) (cuadro 24). La razón más importante dada por los proveedores para su realización, estadísticamente significativa, fue ser un procedimiento de rutina o bien, una norma de la clínica (47.0% en los sitios de intervención y 64.8% en los de control) ($p=0.019$). Otra razón errónea dada fue la prevención de endometritis, la cual se mencionó en los sitios de intervención en un 2.4% y de control en un 12.5% con significancia estadística ($p=0.028$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la argumentación dada en

Cuadro 24

Acciones perjudiciales e ineficaces para una buena práctica obstétrica durante la tercera etapa

Acciones	Intervención	Control
	(n=200)	(n=107)
Limpieza rutinaria de la cavidad uterina después del nacimiento*	41.5%	82.2%
Razones para realizarla:		
Sangrado abundante	7.2%	4.5%
Por placenta incompleta**	18.1%	19.3%
Prevenir endometritis**	2.4%	12.5%
Procedimiento de rutina/Norma clínica	47.0%	64.8%

* $p<0.01$.

** $p<0.05$.

ambos sitios de que se realizó esta acción porque en su opinión el desprendimiento parecía incompleto (18.1% en los sitios de intervención y 19.3% en los de control) (cuadro 24).

Pinzamiento del cordón umbilical

De acuerdo con la OMS,²⁵ el pinzamiento temprano del cordón umbilical es una práctica que debe realizarse con cautela; sin embargo, hay evidencia científica que indica que el pinzamiento tardío (entre uno y tres minutos) es beneficioso para el bebé ya que mejora las reservas de hierro, baja los riesgos de anemia y disminuye los riesgos de infecciones en los primeros seis meses de vida.⁷⁴ En la figura 19 se muestra que en los sitios de intervención se efectuó principalmente de 1 a 3 minutos después del parto (51.3%) mientras que en los sitios de control se efectuó inmediatamente después del nacimiento (59.4%). Debido al bajo número de casos en una de las categorías no se pudo calcular la significancia estadística.

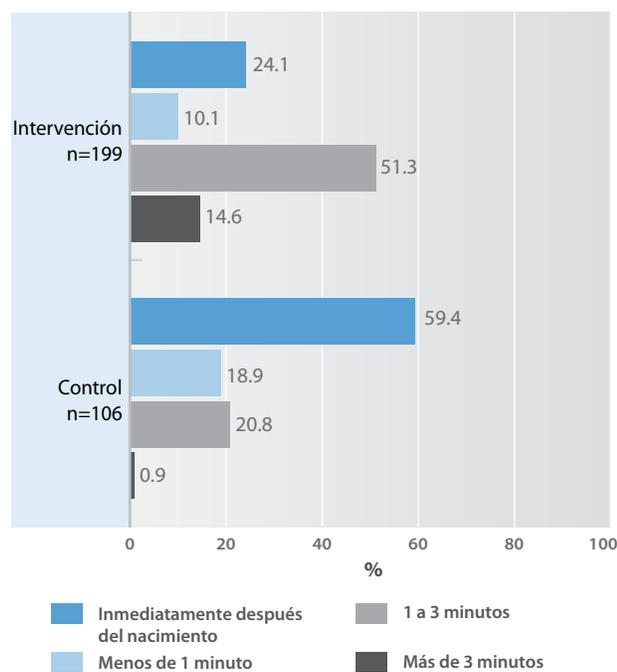


Figura 19. Momento en el que se hizo el pinzamiento del cordón umbilical.

Presentación de complicaciones

Una pregunta adicional que se efectuó a los proveedores fue si se había presentado alguna complicación en la atención de los tres últimos partos. Se obtuvo que en los sitios de intervención 13.3% (n=195) señaló este hecho, en tanto que en los sitios de control lo hizo 8.9% (n=101). A pesar de que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas de los proveedores de los sitios considerados, se piensa que el mayor porcentaje declarado en los sitios de intervención probablemente se deba a que existe una mayor conciencia del riesgo.

Los resultados aquí encontrados son acordes con las prevalencias por complicaciones resultantes de los datos epidemiológicos nacionales. Vale la pena destacar que de los 28 casos por complicaciones señalados por los proveedores, en gran parte de los casos no se podían haber diagnosticado antes del parto, tales como la hemorragia, el meconio, los desgarros, periodo expulsivo prolongado, entre otros.

Al analizar los tipos de complicaciones que se presentaron se obtuvo que éstas fueron: hemorragia (17.1%), circular de cordón (14.3%), meconio (11.4%), bebé deprimido (11.4%), periodo expulsivo prolongado (11.4%), hipertensión/preeclampsia (8.6%), sufrimiento fetal (8.6%), retención de la placenta (5.7%), distocia de hombros (5.7%), y producto macrosómico (5.7%). Debido al escaso número de casos no se desagregó la información por sitio de atención.

Manejo del periodo neonatal

De acuerdo con la recomendación hecha por la OMS²⁵ sobre las acciones que son útiles y deben ser promovidas para una buena práctica obstétrica, aquí se analizarán los resultados de:

- Contacto piel a piel temprano entre la madre y el bebé.
- Ayuda con la iniciación de la lactancia materna dentro de la primera hora posparto.

Adicionalmente se analizará la información respecto a la persona que se encargó de los cuidados del recién nacido, así como estado de salud del bebé al nacimiento, persona que efectuó el manejo del bebé cuando éste necesitó reanimación o atención especial, aplicación de vitamina K y de profilaxis en los ojos del recién nacido y tiempo en que el binomio madre-hijo permaneció en el centro de salud después del parto.

Contacto piel a piel temprano entre la madre y el bebé

El contacto directo de piel a piel entre madre e hijo fue declarado en el 100% de los partos y en la figura 20 se muestra el momento del contacto. Se obtuvo que en los sitios de intervención hubo contacto piel a piel inmediatamente al nacer en 32.0%, en tanto que lo hubo en sólo 2.0% de los sitios de control. La respuesta de mayor frecuencia dada en los sitios de control es el contacto dentro de la primera media hora (76.0%) y esta respuesta es la segunda dada en los sitios de intervención (50.5%). Si sumamos las dos primeras categorías de respuesta, tenemos que de acuerdo con las recomendaciones

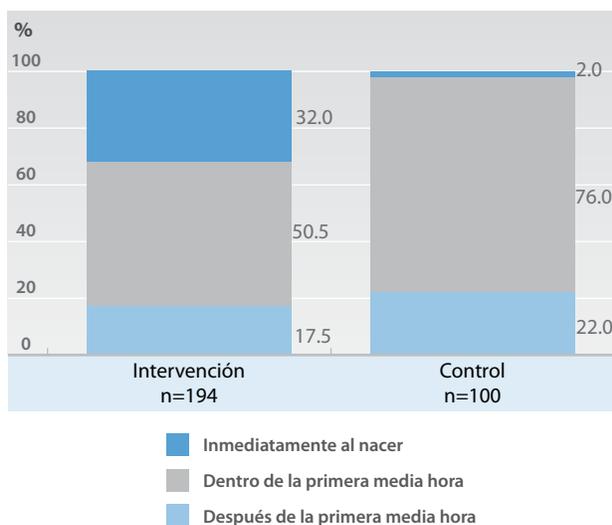


Figura 20. Contacto piel a piel del binomio madre-hijo.

de la OMS, el contacto más temprano piel a piel entre madre e hijo se da en mayor proporción en los sitios de intervención que en los de control (82.5 vs. 78.0%); con el objeto de tener el número suficiente de casos para poder efectuar la prueba de la ji cuadrada, se juntaron las categorías de “inmediatamente al nacer” y “dentro de la primera hora” y no se obtuvo significancia estadística entre los sitios de intervención y de control.

Lactancia

La OMS recomienda que debe haber ayuda para la iniciación de la lactancia dentro de la primera hora posparto; en la figura 21 se muestra el tiempo transcurrido entre el nacimiento y el primer amamantamiento, encontrándose que en los sitios de intervención se efectúa en mayor grado dentro de la primera media hora después del nacimiento (52.3%) respecto de los sitios de control (36.7%); incluso 3.6% de los proveedores de los sitios de intervención dijo que el primer amamantamiento se hizo inme-

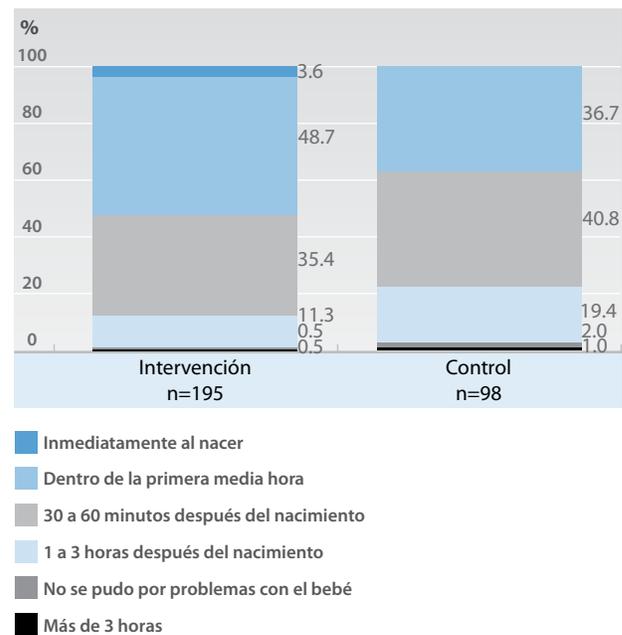


Figura 21. Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el primer amamantamiento.

diatamente al nacimiento del bebé. Con el objeto de tener el número suficiente de casos para poder efectuar la prueba de la ji cuadrada se excluyeron los casos donde hubo problemas con la madre o con el bebé y se rehicieron dos categorías, juntando en la primera categoría los rubros de “inmediatamente al nacer” y “dentro de la primera hora”, y en la segunda categoría los de 1 a 3 horas y los de más de 3 horas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo transcurrido entre el nacimiento y el primer amamantamiento entre los sitios de intervención y de control considerados ($p < 0.05$).

Persona que se encargó de los cuidados del recién nacido

Se encontraron diferencias en el personal que se hizo cargo del recién nacido en los sitios de intervención y de control; así, mientras que en los sitios de control fueron los MPSS y otro tipo de personal los que se encargaron (45.1 y 42.2%, respectivamente), en los sitios de intervención fueron los MPSS (33.8%), las PPT (20.0%) y las LEO (13.3%) las personas que se hicieron cargo de los cuidados del recién nacido (cuadro 25). Este hecho habla del establecimiento de buenos equipos de trabajo entre pasantes y enfermeras con las PPT o LEO con apoyo mutuo. Debido al número de casos en algunas de las categorías no se pudo calcular la significancia estadística.

Estado de salud del bebé al nacimiento

Los proveedores dijeron que 7.2% de los recién nacidos en las clínicas de intervención y 5.9% de los de las clínicas de control necesitaron reanimación o atención especial (cuadro 25), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Persona que realizó el manejo del bebé cuando necesitó reanimación o atención especial

De los recién nacidos que necesitaron reanimación o atención especial, el 83.3% de los casos fueron

manejados en las clínicas de control por el mismo proveedor que atendió el parto y 16.7% por el pediatra o enfermera. En el caso de las clínicas de intervención, en 64.3% de los casos el proveedor que atendió el parto dio la reanimación y en 35.7% la dio el pediatra o la enfermera (cuadro 25). Este hecho muestra la importancia de tener a alguna persona que esté capacitada en el manejo del recién nacido y en especial, en la reanimación neonatal.

Vitamina K

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la aplicación de vitamina K en los sitios considerados (95.9% de los proveedores de los sitios de intervención y 89.2% de los sitios de control) ($p = 0.025$) (cuadro 25).

Respecto al momento de la aplicación de la vitamina K, la respuesta con mayor porcentaje dada en los sitios de intervención fue de 5 a 15 minutos (51.9%), mientras que en los sitios de control fue en los primeros cinco minutos (40.0%); la segunda respuesta con mayor porcentaje dada en los sitios de intervención fue en los primeros cinco minutos (35.8%), mientras que en los sitios de control fue de 5 a 15 minutos (38.9%), (cuadro 25). Las diferencias encontradas entre los sitios de control e intervención no fueron estadísticamente significativas.

Prevención de la oftalmia purulenta

La prevención oftálmica purulenta mediante la aplicación de profilaxis en los ojos de los recién nacidos se efectúa de manera similar en los sitios considerados (99.0% de los proveedores de los sitios de intervención y 98.0% de los sitios de control). No se pudo efectuar la prueba de significancia estadística debido al escaso número de casos en una de las categorías de respuesta (cuadro 25).

Respecto al momento de la aplicación de la profilaxis en los ojos, la respuesta con mayor porcentaje dada en los sitios de intervención fue de 5 a 15 minutos (51.8%), mientras que en los sitios de

Cuadro 25
Acciones efectuadas al recién nacido

Acciones	Intervención	Control
	(n=195)	(n=102)
Persona que se encargó de los cuidados del recién nacido		
LEO	13.3%	1.0%
PPT	20.0%	0.0%
MPSS	33.8%	45.1%
MG	3.6%	11.8%
Partera tradicional	5.0%	0.0%
Otro	28.7%	42.2%
Recién nacidos con necesidad de reanimación y/o atención especial	7.2%	5.9%
Persona que se encargó de la reanimación y/o atención especial		
Mismo proveedor	64.3%	83.3%
Pediatra o enfermera	35.7%	16.7%
Aplicación de Vitamina K*	95.9%	89.2%
Momento en que se aplicó la profilaxis		
Primeros 5 minutos	35.8%	40.0%
5-15 minutos	51.9%	38.94%
16-60 minutos	11.8%	20.0%
1 a 24 hrs después del nacimiento	0.5%	1.1%
Prevención de la oftalmía purulenta**	99.0%	98.0%
Momento en que se aplicó la profilaxis		
Primeros 5 minutos	35.6%	42.4%
5-15 minutos	51.8%	38.4%
16-60 minutos	12.0%	18.2%
1 a 24 hrs después del nacimiento	0.5%	1.0%

* p<0.05

** Intervención (n=193)

control fue en los primeros cinco minutos (42.4%); la segunda respuesta con mayor porcentaje dada en los sitios de intervención fue en los primeros cinco minutos (35.6%), mientras que en los sitios de control fue de 5 a 15 minutos (38.4%), (cuadro 25). Debido al número de casos en algunas de las categorías, no se pudo calcular la significancia estadística.

Tiempo en que permaneció el binomio madre-hijo en el centro de salud

El tiempo que transcurre entre el nacimiento del bebé y el momento de egreso es sumamente importante debido a las complicaciones que se pueden presentar en el puerperio. En la figura 22 se muestra el tiempo transcurrido. Se encontró que

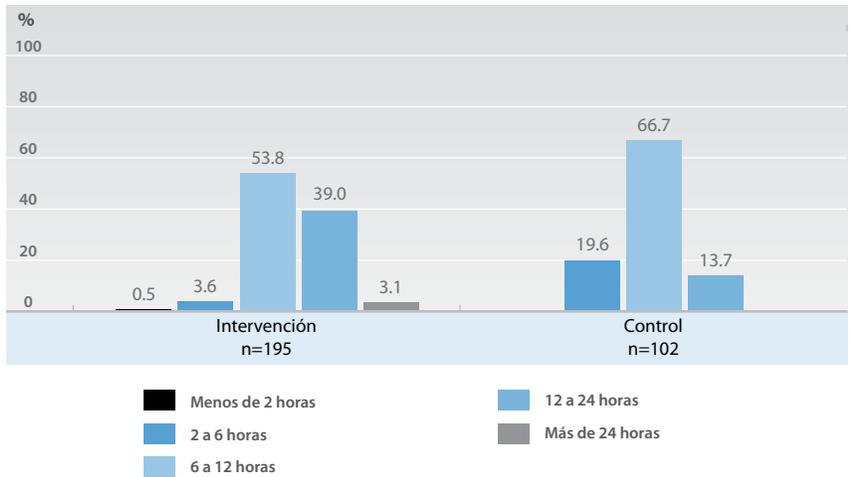


Figura 22.

Tiempo en que permaneció el binomio madre-hijo en el centro de salud después del parto.

la mayor parte de los binomios madre-hijo egresan de 6 a 12 horas después del parto (53.8% en las clínicas de intervención y 66.7% en las de control). También se obtuvo que en las clínicas de intervención se quedan de 12 a 24 horas en mayor proporción que en las de control (39.0 vs. 13.7%),

y como consecuencia, el mayor número de egresos de menos de seis horas de estancia en los centros de salud después del parto se da en los de control (19.6%). Debido al número de casos en algunas de las categorías no se pudo calcular la significancia estadística.

Conclusiones

La Dirección de Salud Reproductiva del Instituto Nacional de Salud Pública ha realizado una serie de investigaciones sobre el desempeño de los proveedores no médicos (parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras) en la atención de la mujer mexicana durante el embarazo, parto y puerperio; los resultados presentados en este libro representan la culminación de la generación de evidencia científica en donde se confirman las habilidades y destrezas de estos proveedores alternativos. Uno de los principales hallazgos obtenido de este trabajo y de los registros administrativos proporcionados por los mismos Servicios de Salud de Guerrero y Oaxaca es que en los centros de salud (CS) en donde se encuentran laborando las parteras profesionales técnicas y las enfermeras obstetras ha habido un impacto positivo, el cual se ve reflejado en un mayor volumen de atención de partos y de consultas prenatales, posparto y tamices neonatales. Esta tendencia de buen desempeño se pudo confirmar al efectuar el análisis estadístico, mediante las razones de tasas de incidencia, el cual dio una medida más precisa de la magnitud del impacto de la intervención al introducir a estos proveedores alternativos en los centros de salud rurales. Estos resultados son de gran relevancia, ya que puede haber una mayor optimización de recursos humanos, lo que posibilita que los médicos generales puedan avocarse a atender otros problemas de salud de la comunidad, en tanto que las PPT y LEO pueden ocuparse de la atención de las mujeres durante el embarazo, parto, y puerperio. De hecho, se comprobó que cuando la población sabe que en los centros de salud hay una

partera profesional técnica o una licenciada en Enfermería y Obstetricia, acuden con mayor frecuencia a sus consultas, lo que se traduce en un mejor seguimiento del embarazo y del posparto.

Otro hallazgo relevante fue el que se encontró mediante la revisión del expediente clínico, el cual constituye un documento oficial de gran utilidad para documentar la atención médica. Partiendo del hecho de que el mismo está regido por normas oficiales tanto para su llenado como para el cumplimiento de actividades durante la atención prenatal, en el parto y en el posparto, se encontraron fallas importantes en su calidad, pero es notable que los expedientes en los CS donde laboran PPT y LEO tuvieron un mayor llenado que en los otros centros; con estos resultados es difícil poder sacar conclusiones.

La evaluación que se hizo sobre las acciones rutinarias que los proveedores efectúan durante el trabajo de parto y el parto demuestran que las prácticas de las PPT y LEO están más alineadas a las que promueve la OMS y la Norma Oficial Mexicana y notablemente más relacionadas con el parto humanizado en comparación con las que efectúan los MG.

En términos generales, las complicaciones presentadas tanto en los sitios de intervención como de control (11.8% del total de partos) son acordes con las prevalencias resultantes de los datos epidemiológicos nacionales y en su mayoría representan complicaciones que son imprevisibles e inevitables. Este hecho subraya la importancia de la capacitación de cualquier proveedor de atención obstétrica en el manejo de emergencias obstétricas y neonatales.

Vale la pena destacar que en un estudio anterior sobre las prácticas en el ambiente hospitalario se demostró que las PPT tuvieron una baja aplicación de vitamina K al recién nacido,¹⁴ ya que esta acción no formaba parte de su protocolo de enseñanza. Los resultados aquí mostrados van en sentido opuesto a los del estudio anterior, al demostrar por parte de las PPT una gran apertura para aceptar nuevos conocimientos y para llevarlos a la práctica. Esto indica que es posible implementar prácticas nuevas basadas en evidencia si hay apoyo e interés por parte de quienes integran el sistema de salud. Esta inercia debería aprovecharse para implementar, por ejemplo, el uso de oxitocina en el manejo activo de la tercera etapa de parto para la prevención de hemorragia.

Los datos sobre la estancia posparto antes del egreso son impresionantes; el resultado de que una de cada cinco mujeres atendidas en los centros de salud de control egrese antes de seis horas posparto es preocupante. El valor de una estancia más larga es clara: además de vigilar que no haya hemorragia posparto, preeclampsia e infección en la madre o del recién nacido, también es el momento preciso para el contacto con el personal de salud que da apoyo para la iniciación de la lactancia materna y para que dé tanto consejería sobre los signos de alarma posparto para la madre y bebé como consejería en planificación familiar.

Recomendaciones

Se ha generado la evidencia suficiente para demostrar la viabilidad de los modelos de las parteras profesionales técnicas y de las enfermeras obstetras mediante la revisión del currículo,^{11,15} la revisión de la atención en hospitales con supervisión médica^{14,15} y ahora con la evaluación de su trabajo independiente en centros de salud rurales; por tal motivo se debe promover:

- La apertura de nuevas escuelas de partería profesional con reconocimiento oficial que retomen

el programa académico de CASA, sobre todo en estados con altas tasas de mortalidad materna como Chiapas, Guerrero y Oaxaca.

- Difusión de la autorización que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público dio en febrero de 2011 para la creación y registro del puesto de partera asistencial (Código “M02117 Partera Técnica”).
- El ofrecimiento de los gobiernos estatales de becas a mujeres y hombres interesados en estudiar partería profesional, condicionando su beca al compromiso de que al concluir sus estudios deberán laborar, por igual número de años en que se les otorgó la beca, en las instituciones de salud gubernamentales en donde sean requeridos (centros de salud u hospitales básicos comunitarios).

De igual forma, se ha hecho una clara identificación de las destrezas y habilidades en varias áreas:

- A pesar de que se obtuvo un mejor llenado de los expedientes en los CS donde laboran PPT o LEO en relación con el resto, es importante fortalecer el llenado y manejo del expediente clínico.
- La atención del parto humanizado en comunidades rurales es un asunto importante que debe reorientarse hacia el personal de salud. Un primer paso en esta orientación fue el que se obtuvo respecto al acompañamiento de las mujeres parturientas por parte de un familiar, el cual fue muy alto en todos los sitios de este estudio. Estos resultados hacen ver un movimiento en dirección hacia una mayor calidez de la atención.

La integración de las PPT y LEO no es un paso fácil e implica un proceso de sensibilización y orientación tanto con las PPT y LEO como con los médicos, enfermeras y otro personal de los CS así como con las autoridades municipales y estatales. De hecho, durante el desarrollo de este trabajo se observó una mayor integración de las parteras profesionales técnicas que de las enfermeras obstetras y esto quizá

tenga mucho que ver con que su perfil está más orientado al trabajo comunitario y a laborar y tomar decisiones independientes.

Finalmente, este trabajo representa un paso importante en la difusión y apoyo del modelo de

partería profesional y de la enfermería obstétrica; con la difusión e implementación de estos modelos se abre una opción para las mujeres mexicanas que buscan una alternativa viable en la atención del embarazo, parto y posparto.

Anexo A
Características de las localidades y de los centros de salud del estudio en Guerrero y Oaxaca

Características de las localidades y de los Centros de Salud de Guerrero									
Localidad y centro de salud	Municipio	Hospital de referencia y distancia	Personal de salud	Población total	Grado de marginación*	Partos en 2008	Partos en 2009	Personal del proyecto y permanencia	
Xochipala	Eduardo Neri	Hospital de la Madre y el Niño en Chilpancingo. 40 min.	1 Médico general. 1 MPSS. 2 Enfermeras generales. 1 Auxiliar de salud.	3197	Alto	8	8	LEO. Janet Landero. Enero a diciembre de 2009. Enero a julio de 2010.	
Pantitlán	Chilapa	Hospital General de Chilapa. 30 min.	1 MPSS. 2 Enfermeras.	2774	Muy Alto	4	8	LEO. Irma Soto. Enero a abril de 2009. PPT. Nohemí Luna. Agosto de 2009 a julio de 2010.	
Tocolapa	Huamuxtlián	Hospital de la Madre y el Niño Indígena de Tiapa. 90 min.	1 MPSS. 1 Enfermera.	1884	Alto	1	31	PPT. Linda Vargas. Enero a diciembre de 2009. Enero a julio de 2010.	
San Nicolás	Cuajinicuilapa	Hospital General de Ometepec. 60 min.	1 Médico general. 1 MPSS. 2 Enfermeras.	3058	Alto	5	9	PPT. Heidi Janeth Sánchez. Enero a diciembre de 2009. Enero a julio de 2010.	
Juchitán	Marquelia	Hospital General de Ometepec. 60 min.	1 Médico general. 1 MPSS. 1 Odontólogo. 2 Enfermeras generales.	2944	Alto	8	4	Control	
Barra de Tecuanapa	Barra de Tecuanapa	Hospital General de Ometepec. 90 min.	1 MPSS. 1 Enfermera.	1007	Alto	13	9	Control	
La Mohonera	Chilapa	Hospital General de Chilapa. 30 min.	1 Médico general. 1 Enfermera general.	1643	Muy Alto	14	10	Control	
Melchor Ocampo	Alcozauca de Guerrero	Hospital General de la Madre y el Niño Indígena en Tiapa. 2 hrs.	1 MPSS. 1 Enfermera.	686	Muy Alto	22	9	Control	
Vicente Guerrero	Metlatonoc	Hospital General de la Madre y el Niño Indígena en Tiapa. 2 hrs.	1 Médica general por contrato. 1 Enfermera.	434	Muy Alto	14	15	Control	
Axaxacualco	Chilpancingo	Hospital de la Madre y el Niño en Chilpancingo. 40 min.	1 MPSS. 1 Enfermera general.	1186	Alto	13	2	Control	

* El grado de marginación se definió de acuerdo con los Índices de Marginación 2005 del Consejo Nacional de Población, México, 1ª. Ed., 2006.

Características de las localidades y de los Centros de Salud de Oaxaca									
Localidad y centro de salud	Municipio	Hospital de referencia y distancia	Personal de salud	Población total	Grado de marginación*	Partos en 2008	Partos en 2009	Personal del proyecto y permanencia	
Caña Brava	Santo Domingo Morelos	Hospital General de Pochutla. 1 hora 15 min.	1 MPSS. 1 Enfermera general.	910	Alto	45	108	LEO. Maritza Castro. Enero de 2009 a enero de 2010. Mayo a diciembre de 2010.	
San Gabriel Mixtepec	San Gabriel Mixtepec	Hospital General de Pochutla. 1 hora.	1 Médico general. 1 MPSS. 3 Enfermeras. 1 Odontólogo.	3930	Alto	38	72	LEO. Edith Ventura. Enero a marzo de 2009. PPT. Lucía López. Agosto a octubre de 2009. PPT. Grisel Moreno. Noviembre de 2009 a enero de 2010. PPT. Heidi Sánchez. Agosto a diciembre de 2010.	
San Juan Cacahuatpec	Jamiltepec	Hospital General de Pinotepa Nacional. 1 hora.	1 Médico general. 1 MPSS. 5 Enfermeras.	3691	Medio	2	22	PPT. Fátima Ramírez. Enero 2009 a enero de 2010. Mayo a diciembre de 2010.	
El Cedral	San Juan Bautista, Tuxtepec	Hospital General de Tuxtepec. 2 horas.	1 MPSS. 1 Enfermera.	699	Medio	12	9	LEO. Erika Blas. Enero a marzo de 2009. PPT. Grisel Moreno. Agosto a Octubre de 2009.	
El Porvenir	San Juan Bautista, Tuxtepec	Hospital General de Tuxtepec. 1 hora.	1 Médico general. 1 MPSS. 2 Enfermeras. 1 Auxiliar de Enfermería.	464	Alto	2	2	PPT. Teresita Aguilar. Enero a abril de 2009. PPT. Guadalupe Díaz. Agosto de 2008 a enero de 2009. Mayo a diciembre de 2010.	
Villa San Miguel Sola de Vega	San Juan Bautista, Tuxtepec	Hospital General de San Pablo Huixtepec. 90 min.	1 Médico general. 1 MPSS. 2 Enfermeras. 1 Odontólogo. 1 Auxiliar de Enfermería.	1817	Alto	22	42	LEO. Fernando Aragón. Enero de 2009 a enero de 2010. PPT. Linda Vargas. Agosto a diciembre de 2010.	
Vega del Sol	Santa María Jacatepec	Hospital General de Tuxtepec. 40 min.	1 Médico general. 1 MPSS. 2 Enfermeras	1203	Medio	13	43	LEO. Alejandra Vargas. Enero de 2009 a enero de 2010. PPT. Nohemi Luna. Agosto a diciembre de 2010.	
San Antonio las Palmas	Santiago Jocotepec	Hospital General de Tuxtepec. 2 horas.	1 Médico general. 1 MPSS. 1 Enfermera. 1 Auxiliar de Enfermería.	1416	Alto	7	43	PPT. Nely Flores Cruz. Enero de 2009 a enero de 2010. Mayo a diciembre de 2010.	
San Lorenzo la Lana	San Juan la Lana	Hospital General de Tuxtepec. 2 horas.	1 MPSS. 1 Enfermera general.	1392	Alto	3	0	Control	
Arroyo Chicalli	San Miguel Soyaltepec	Hospital General de Tuxtepec. 90 min.	1 MPSS. 1 Enfermera general.	1222	Alto	7	1	Control	
Benemérito Juárez	San Juan Bautista, Tuxtepec	Hospital General de Tuxtepec. 90 min.	1 MPSS. 1 Enfermera general.	2918	Medio	17	13	Control	

* El grado de marginación se definió de acuerdo con los Índices de Marginación 2005 del Consejo Nacional de Población, México, 1ª. Ed., 2006.

Continúa/

/continuación

Características de las localidades y de los Centros de Salud de Oaxaca									
Localidad y centro de salud	Municipio	Hospital de referencia y distancia	Personal de salud	Población total	Grado de marginación*	Partos en 2008	Partos en 2009	Personal del proyecto y permanencia	
Piedra de Amolar	San Miguel Soyaltepec	Hospital General de Tuxtepec. 2 horas.	1 MPSS. 1 Enfermera general.	1714	Muy Alto	21	11	Control	
Arroyo Choapan	San José Chiltepec	Hospital General de Tuxtepec. 2 horas.	1 Médico general. 1 Enfermera general.	1452	Alto	5	10	Control	
Bajos de Chila	San Pedro Mixtepec	Hospital General de Pochutla. 90 min.	1 Médico general. 2 Enfermeras.	4249	Alto	19	19	Control	
San Francisco Loxicha	San Agustín Loxicha	Hospital General de Pochutla. 2 horas.	1 Médico general. 1 Enfermera general.	825	Muy Alto	19	13	Control	
San Francisco Cozoatepec	Santa María Tonameca	Hospital General de Pochutla. 2 horas.	1 MPSS. 1 Enfermera pasante.	1945	Alto	57	42	Control	
Santa María La Chixio	Santa María La Chixio	Hospital General de Pochutla. 90 min.	1 Médico general. 1 Enfermera general.	1005	Alto	19	9	Control	

* El grado de marginación se definió de acuerdo con los Índices de Marginación 2005 del Consejo Nacional de Población, México, 1ª. Ed., 2006.

Anexo B

Recomendaciones de la OMS para la buena práctica obstétrica, de acuerdo a medicina basada en evidencia

De acuerdo a la medicina basada en evidencia, la división de maternidad de la OMS²⁵ publicó una lista para la buena práctica obstétrica que incluye:

- I. Promoción de aquellas prácticas que han demostrado ser útiles.
- II. Eliminación de las prácticas que resulten perjudiciales e ineficaces.
- III. Realización con cautela de prácticas cuya evidencia es escasa hasta que se sustente su uso o eliminación.
- IV. Reducción de aquellas prácticas que sean utilizadas excesivamente de manera inapropiada.

A continuación se presentan los elementos enumerados por la OMS en cada uno de los cuatros grupos:

I. Promoción de aquellas prácticas que han demostrado ser útiles

1. Plan personalizado, efectuado durante el embarazo, sobre el sitio y la persona que atenderá el parto.
2. Evaluación de los riesgos del embarazo durante el cuidado prenatal y reevaluación del mismo en cada encuentro.
3. Monitoreo permanente del bienestar físico y emocional de la mujer en el trabajo de parto, al nacimiento y después del parto.
4. Ofrecimiento de hidratación oral durante el trabajo de parto y en la fase activa.
5. Respeto a la elección informada de la paciente acerca del sitio donde dar a luz.
6. Otorgar cuidados durante el parto y el alumbramiento en los lugares más periféricos donde un parto sea posible y seguro y donde la mujer se encuentre segura y cómoda.
7. Respeto al derecho de privacidad de la mujer durante el trabajo de parto y al nacimiento.
8. Apoyo de las matronas durante el parto y nacimiento.
9. Respeto de la elección de la mujer respecto a los acompañantes.
10. Informar y explicar a la paciente tanto como ella requiera.
11. Utilización de métodos no invasivos y no farmacológicos para controlar el dolor, como masaje y técnicas de relajación.
12. Monitoreo de la frecuencia cardiaca del feto con auscultación intermitente.
13. Uso de materiales desechables y descontaminación apropiada de materiales reutilizables durante parto y nacimiento.
14. Uso de guantes en exploraciones vaginales, durante el nacimiento del niño y mientras se manipule la placenta.
15. Libertad de movimiento en el trabajo de parto y de posición de la madre durante el parto.
16. Promoción de posiciones no supinas.
17. Supervisión cuidadosa del progreso del trabajo de parto, mediante el uso del partograma recomendado por la OMS u otras técnicas.

18. Uso de oxitocina profiláctica durante la tercera etapa del parto de mujeres con riesgo de desarrollar hemorragia posparto.
19. Asepsia al cortar el cordón umbilical.
20. Prevención de hipotermia neonatal.
21. Contacto temprano piel a piel entre la madre y el bebé y ayuda con la iniciación de la lactancia materna dentro de la primera hora posparto.
22. Revisión rutinaria de placenta y membranas.

II. Eliminación de prácticas que resulten perjudiciales e ineficaces

1. Aplicación rutinaria de enema evacuante.
2. Uso rutinario de depilación púbica.
3. Uso rutinario de infusiones intravenosas.
4. Aplicación profiláctica de soluciones intravenosas.
5. Exploraciones rectales.
6. Uso rutinario de posición supina durante el parto.
7. Estudios radiológicos de pelvis, pelvimetría por rayos X.
8. Administración no controlada de oxitocina antes del nacimiento.
9. Uso rutinario de posición de litotomía con o sin estribos.
10. Empujes sostenidos y constantes (maniobra de Valsalva) durante el expulsivo.
11. Masaje y estiramiento del periné durante el expulsivo.
12. Uso de ergonovina oral durante la tercer etapa, para prevenir o controlar una hemorragia.
13. Uso rutinario de ergometrina parenteral en la tercera etapa.
14. Limpieza de la cavidad uterina, después del nacimiento.
15. Exploración manual de rutina del útero en la tercera etapa.

III. Realización con cautela de prácticas cuya evidencia es escasa hasta que se sustente su uso o eliminación.

1. Métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto, como hierbas, inmersión en agua y estimulación nerviosa.
2. Amniotomía temprana de rutina en fase de dilatación.
3. Presión sobre el fondo uterino durante el parto.
4. Maniobras relacionadas con la protección del periné y el manejo de la cabeza fetal en el momento del nacimiento.
5. Manipulación activa del producto al nacer.
6. Pinzamiento temprano del cordón umbilical.
7. Estimulación de los pezones para incrementar la contractilidad uterina durante el alumbramiento.

IV. Reducción de aquellas prácticas que sean utilizadas excesivamente de manera inapropiada

1. Restricción de la ingesta de líquidos y sólidos durante el parto.
2. Control del dolor por agentes sistémicos.
3. Uso de anestesia epidural para el control del dolor.
4. Monitoreo fetal electrónico.
5. Uso de cubreboca y batas estéril al atender el trabajo de parto.
6. Exploraciones vaginales repetidas y frecuentes especialmente por más de un miembro del equipo.
7. Conducción con oxitocina.
8. Movilización de la parturienta a otra habitación una vez que ha alcanzado la dilatación completa.
9. Cateterización vesical urinaria.
10. Alentar el pujo antes de que la mujer sienta el deseo de hacerlo o más aún cuando no se ha completado la dilatación.
11. Rigidez en cuanto a la duración estipulada del expulsivo (una hora si las condiciones maternas y fetales son óptimas).
12. Partos instrumentales y cesáreas.
13. Uso rutinario de episiotomía.
14. Exploración manual del útero después del alumbramiento.

Referencias

1. Suárez L. Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la ENADID 2006. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2010.
2. UN General Assembly. United Nations Millennium Declaration. Resolution adopted by the General Assembly: United Nations 2000. 55/2. [consultado 2011 octubre 3] Disponible en: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>
3. CONAPO. México, ante los desafíos de desarrollo del milenio. En: Zúñiga E, editor. Primera ed. México: Consejo Nacional de Población; 2005.
4. UNICEF. Salud materna y del neonato. [consultado 2011 Octubre 2]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/index_maternalhealth.html
5. Graham W, Bell J, Bullough C. Can Skilled Attendance at Delivery Reduce Maternal Mortality in Developing Countries? En: De Brouwere V VLW, editor. Safe Motherhood Strategies: a Review of the Evidence Studies in health. Antwerp. ITGPress Services Organisation & Policy; 2001. p. 97-130.
6. SAFE. International Research Partnership for Skilled Attendance For Everyone. Strategy Development Tool: A guide for developing strategies to improve skilled attendance at delivery. Scotland: The Douglas Baird Centre for Research on Women's Health, University of Aberdeen; 2003.
7. Zúñiga E, Zubieta B, Araya C. Cuadernos de salud reproductiva. Primera ed. México: Consejo Nacional de Población; 2000.
8. CONAPO. Principales Indicadores de Salud Reproductiva (ENADID 2009). México. Consejo Nacional de Población; 2010.
9. Díaz DF. Mortalidad Materna. Una Tarea Inconclusa. México: Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C.; 2006.
10. Cárdenas R. Los servicios de salud y la mortalidad materna. En: Freyermuth G, Sesia P, (coord.). La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura Primera ed. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Comité promotor por una maternidad sin riesgos. CIESAS; 2009. p. 69-73.
11. Cragin L, DeMaria LM, Campero L, Walker DM. Educating skilled birth attendants in Mexico: Do the curricula meet international Confederation of midwives standards? *Reproductive Health Matters* 2007; 15(30):50-60.
12. Tena-Tamayo C, Ahued-Ahued JR. Recommendations to improve quality of obstetrics care. *Ginecol Obstet Mex* 2003 August;71: 409-20.
13. Rosales Aujang E, Felguerez Flores JA. Maternal mortality. A challenge of the new millennium. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70: 502-9.
14. Walker D, DeMaria L, Suárez L, Cragin L, EAMOCMRT. Skilled birth attendants in Mexico: How does care during normal birth by general physicians, obstetric nurses and professional midwives compare with World Health Organization evidence-based practice guidelines? *Journal of Midwifery & Women's Health* (in print).
15. Walker D, DeMaria LM, Campero L, González D, Suárez L, Romero, P. El uso y rol de proveedores no-médicos para la atención prenatal y obstétrica en México: parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras. Evidencias y áreas de oportunidad. Resumen Ejecutivo. Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2011.

16. OMS. Reducir los riesgos del embarazo. Informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud; 2000. [consultado 2011 Octubre 1]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB107/se26.pdf
17. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Switzerland: World Health Organization; 2010.
18. OMS, UNFPA, UNICEF, El Banco Mundial. Reducción de la mortalidad materna. Declaración conjunta OMS/UNFPA/UNICEF/Banco Mundial. Switzerland: Organización Mundial de la Salud; 1999.
19. Buttiens H, Marchal B, De Brouwere V. Skilled attendance at childbirth: let us go beyond the rhetorics, *Tropical Medicine and International Health*, 2004(9)6:653-654.
20. Thomson, A. The joint WHO/ICM/FIGO statement on skilled attendants at birth. *Midwifery*, 2005. 21(1): p. 1.
21. MacDonald M, Starss A. La atención calificada durante el parto. Recomendaciones para políticas. New York, NY: Family Care International; 2003 [consultado 2011 octubre 2]. Disponible en: <http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Skilled%20Care%20Info%20Kit%20PDFs/Spanish/spanish%20policy.pdf>
22. Camacho V, Gálvez A, Murdock M, Puig C, Escóbar A. Atención Calificada del Parto en América Latina y el Caribe. Consulta técnica regional. Informe 2004. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia: Organización Panamericana de la Salud/USAID, 2004.
23. Alonso C, Gerad T. El parto humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna. En: Freyermuth G, Sesia P (coord.). *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. Primera ed. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Comité promotor por una maternidad sin riesgos. CIESAS; 2009. p. 95-100.
24. Walker D, Cragin L, Campero L, Suárez L, Valencia A, Ventura A, DeMaria LM. Evaluación de tres modelos de atención de partos en México: Enfermeras obstetras, médicos generales y parteras profesionales técnicas. (Reporte técnico del estudio transversal preparado para el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva). Dirección de Salud Reproductiva, Instituto Nacional de Salud Pública. México, 2008.
25. WHO. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. *Care in normal birth: a practical guide*. Switzerland: World Health Organization; 1996.
26. SSA. Norma Oficial Mexicana, NOM 007-SSA2-1993 sobre la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. SSA. Diario Oficial de la Federación, México; 1995.
27. CNEGySR. Embarazo Saludable, Parto y Puerperio Seguros. Recién Nacido Sano. Manual de atención. Primera ed. México DF: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud; 2001.
28. CNEGySR. Programa de acción específico 2007-2012. Arranque Parejo en la Vida. Primera ed. México, DF: Secretaría de Salud; 2008.
29. OPS. Servicios de enfermería y partería para contribuir al logro de la equidad, el acceso, la calidad y la sostenibilidad de los servicios de salud. Plan de Mediano Plazo 2002-2005. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2004.
30. Vinaver N. Parto y Nacimiento Natural. [consultado 2011 Octubre 4]. Disponible en: <http://www.nacimientonatural.com/Naoli-Vinaver/Bienvenida.html>
31. TICIME G. Red, Documentación y Servicios de Partería. [consultado 2011 Octubre 4]. Disponible en: <http://www.parteras.org/>
32. CASA AC. Centro para los adolescentes de San Miguel de Allende, CASA AC. [consultado 2011 Octubre 4]. Disponible en: <http://www.casa.org.mx>
33. CASA. Plan de Estudios de la Escuela de Parteras de CASA. 2011 [consultado 2011 Octubre 16]. Disponible en: <http://www.casa.org.mx/Escuela%20de%20Parteria/estudios/plandeestudios.html>
34. Davis-Floyd RE. La partera profesional: articulating identity and cultural space for a new kind of midwife in Mexico. *Med Anthropol*. 2001;20(2/3):185-244.

35. Carillo A. Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. En: Cabré M, Ortiz T, editor. *Dynamis Acta Hisp Med Sci Hist Illus*; 1999. p. 167-90.
36. Comisión Interinstitucional de Enfermería de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal (coord.). *Modelo de atención de enfermería obstétrica*. México: Secretaría de Salud; 2005.
37. Amaila B. Parir como diosas: recuperando el parto vertical. *Suplemento Triple Jornada*, México, Núm. 69. [Lunes 4 de mayo de 2004]. Disponible en: http://www.jornada.unam.mx/2004/05/03/informacion/69_parto.htm
38. Hamman WR. The complexity of team training: what we have learned from aviation and its applications to medicine. *Quality and Safety in Health Care* 2004;13(Supplement 1):i72-i79.
39. Halamek LP, Kaegi D, Gaba D, Sowb Y, Smith B, Smith B, Howard S. Time for a New Paradigm in Pediatric Medical Education: Teaching Neonatal Resuscitation in a Simulated Delivery Room Environment. *Pediatrics* 2000;106(4):e45.
40. Kongnyuy EJ, Leigh B, van den Broek N. Effect of audit and feedback on the availability, utilisation and quality of emergency obstetric care in three districts in Malawi. *Women Birth* 2008;21(4):149-55.
41. Kosseff A. STEPPS: Producing Effective Medical Teams to Achieve Optimal Patient Outcomes. *AHRQ 2008 Annual Conference 2009* [consultado 2011 Octubre 03]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/about/annualmtg08/091008slides/Kosseff.htm>
42. INSP. Evaluación Externa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades 2007-2008. Nota Técnica sobre el Diseño Muestral para la Encuesta de Evaluación Rural (ENCEL) 2007. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, México, 2007.
43. INEGI. *II Censo de Población y Vivienda 2005*. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 2006.
44. SSA. Sistema Nacional de Información en Salud. Estimaciones de Población de 1990-2012, COLMEX. [consultado 2010 Julio 30]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/demograficos/poblacion.html>
45. Balakrishnan N. *Methods and Applications of Statistics in the Life and Health Sciences*. West Sussex: Wiley; 2010.
46. SSA. Norma Oficial Mexicana, NOM 168-SSA1-1998, del expediente clínico. SSA, Diario Oficial de la Federación. México; 1999.
47. Stata Corp LP. *STATA. Data Analysis and Statistical Software. V 10.1*. College Station. University Drive East, Texas, USA.; 2011.
48. Echarri J. Salud materno-infantil y condición de la mujer. En: García B (coord.) editor. *Mujer, Género y Población en México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano*; 1999. p. 103-65.
49. Langer A, Romero M. El embarazo, el parto y el puerperio. ¿Bajo qué condiciones se reproducen las mujeres en México? En: Langer A, Tolbert K, ed. *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*. México DF: The Population Council, Edamex 1996: 13-39.
50. Muradás MC, Suárez A, Lozano R. Salud Materno Infantil. *La Salud Reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*. México: Secretaría de Salud/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. UNAM; 2007: 155-174.
51. Asociación Mexicana de Investigación Demográfica y Médica / Centro de Orientación para adolescentes. *Encuesta sobre la información sexual y reproductiva de los jóvenes, 1985*. México DF: AMIDEM, CORA, 1986.
52. SSA. *Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área metropolitana de la Ciudad de México (ECRAMM 1988)*. México DF: Dirección General de Planificación Familiar, 1989.
53. Atkin L, Ehrenfeld N, Pick S. Sexualidad y fecundidad adolescente. En: Langer A, Tolbert K, ed. *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*. México, D.F.: The Population Council, Edamex, 1996.
54. Buvinic M, Valenzuela JP, Molina T, González E. La suerte de las madres adolescentes y sus hijos: la transmisión de la pobreza en Santiago de Chile. En: Schmukler B, comp. *Familias y relaciones de género en transformación*. México DF: Population Council, Edamex, 1998:451-492.

55. Escobedo E, Fletes J, Velázquez V. Embarazo en adolescentes: seguimiento de sus hijos durante el primer año de vida. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1995;52(7):415-419.
56. Moore S, Rosenthal D. *Sexuality in adolescence*. Ed. Routledge Adolescence Society Series. Nueva York, Psychology Press: 1993:23-43.
57. Schlaepfer L, Infante C. Patrones de inicio de la vida reproductiva: su relación con la mortalidad infantil y comportamientos reproductivos futuros. En: Lartigue T, Ávila H, ed. *Sexualidad y reproducción humana en México*. México DF: UIA-Plaza y Valdés 1996; 2:77-94.
58. Lozano R, Nuñez RM, Duarte MB, Torres LM. Evolución y tendencias de largo plazo de la mortalidad materna en México: análisis de factibilidad y de efecto potencial de intervenciones seleccionadas para el cumplimiento de las metas del milenio. En: Zúñiga E (coord.), editor. *México ante los desafíos de desarrollo del milenio*. México: CONAPO, 2005:167-192.
59. Lu MC Tache V, Mac Alexander GR, Kotelchuck M, Halfon n. Preventing low birth weight is prenatal care the answers?, *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003 13(6):362-80.
60. Méio MD, Lope CS, Streit D. Prognostic factors for cognositive development for very low weight prematures children. *Rev. Saúde Pública* 2003 June; 37(3): 311-318.
61. Pérez NM. Relación del peso materno y del recién nacido. [consultado 2011 Octubre 16]. Disponible en:<http://www.ilustrados.com/tema/9374/Relacion-peso-materno-recien-nacido.html>
62. Félix-Acosta JB, Melchor-Hurtado E. Hipotiroidismo congénito: resultados del programa de prevalencia en la Clínica Hospital Mochis, segundo Nivel de Atención Médica del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 2003; 8(2):16-20.
63. Velázquez A, Loera-Luna A, Aguirre BE, Gamboa S, Vargas H, Robles C. Tamiz neonatal para hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria. *Salud Publica Mex* 1994; 36(3):249-259.
64. Benson RC. *Diagnóstico y Tratamiento gineco-obstétrico*. 4 ed. Manual Moderno. México DF, 1986.
65. Botella J, Clavero JA. *Tratado de ginecología*. Diaz de Santos Ed. Madrid; 1993.
66. Cabezas E. Vigilancia epidemiológica de la muerte materna. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1993; 19(2): 83.
67. Instituto Mexicano del Seguro Social. Autocuidado de la salud reproductiva. En: Encuesta Nacional de Salud reproductiva con población derechohabiente. Informe de Resultados, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. México: 2000: 88-93.
68. Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Un texto introductorio. México DF: Instituto Nacional de Salud Pública; 1990.
69. Quintana V. El Expediente Clínico. Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Edo. de México. *Revista Médica Patología Clínica* 2006; 53(3): 166-173.
70. García M, Arroyo P, Ávila H, Casanueva E, Centeno N, Tiburcio T. La utilización de un servicio de salud perinatal. Influencia del tipo de hogar. *Estudios Demográficos y Urbanos* 1993; 8 (2): 269-286.
71. Cleland J, Van Ginneken J. Maternal education and child survival in developing countries: The search for pathways of influence. *Social Science and Medicine* 1988, 27 (12):1357-1368.
72. World Health Organisation. Appropriate technology for birth. *Lancet*, 1985; 2(8452):436-437.
73. Gil A. Humanización del parto y nacimiento. En: Freyermuth G, Sesia P (coord.). *La muerte materna Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. Primera ed. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Comité promotor por una maternidad sin riesgos. CIESAS; 2009. p. 101-107.
74. Chaparro CM, Neufeld LM, Tena-Alvarez G, Eguía-Liz R, Dewey KG. Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controller trial. *Lancet* 2006; (367):1997-2004.

Parteras profesionales técnicas
y enfermeras obstetras:
una opción para la atención obstétrica
en México

Se terminó de imprimir en diciembre de 2011.
La edición consta de 1 000 ejemplares y
estuvo al cuidado de la
Subdirección de Comunicación Científica
y Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública

