



Guía Rápida de  
Formación de Facilitadores  
del Primer Nivel de Atención  
para Impulsar Acciones de  
Intervención en Salud Materna  
con Enfoque Intercultural y  
Plena Integración de las  
Parteras a los Servicios  
Locales de Salud.

**PROGRAMA ESTATAL DE COOPERACIÓN HIDALGO 2019- 2024**  
**Directorio del Grupo Técnico Estatal**

**LIC. OMAR FAYAD MENESES**

Gobernador Constitucional del Estado de Hidalgo

**MTRO. IVÁN CASTELLANOS NÁJERA**

Representante Auxiliar del Fondo de Población  
de las Naciones Unidas en México (UNFPA)

**LIC. SIMÓN VARGAS AGUILAR**

Secretario de Gobierno del Estado Hidalgo

**MTRO. VÍCTOR HUGO VIDAL ÁLVAREZ**

Secretario Técnico del Consejo Estatal de Población

**DR. ALEJANDRO EFRAÍN BENITEZ HERRERA**

Secretario de Salud Hidalgo

**L.A.I. ATILANO R. RODRÍGUEZ PÉREZ**

Secretario de Educación Pública

**LIC. DANIEL ROLANDO JIMÉNEZ ROJO**

Secretario de Desarrollo Social

**LIC. LAURA KARINA RAMÍREZ JIMÉNEZ**

Procuradora de Protección de Niñas, Niños,  
Adolescentes y la Familia

**DR. FIDENCIO GONZÁLEZ FONSECA**

Gerente Delegacional del IMSS Bienestar en Hidalgo

**LIC. MARÍA CONCEPCIÓN HERNÁNDEZ ARAGÓN**

Directora General del Instituto Hidalguense de las Mujeres

**LIC. YOSHIO JAVIER CANCINO FERIA**

Director General del Instituto Hidalguense de la Juventud

**LIC. CLUDIA VIEYRA ALAMILLA**

Secretaria Ejecutiva del Sistema Estatal de Protección Integral  
de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes

**LIC. CRISTIAN GUERRERO BARRAGÁN**

Director General de Radio y Televisión de Hidalgo

Guía Rápida de  
Formación de Facilitadores  
del Primer Nivel de Atención  
para Impulsar Acciones de  
Intervención en Salud Materna  
con Enfoque Intercultural y  
Plena Integración de las  
Parteras a los Servicios  
Locales de Salud.



## **Justificación**

La presente guía de referencia rápida ha sido diseñada con la intención de poner en las manos del personal del primer nivel de atención del Estado de Hidalgo un instrumento de consulta fácil, pensado en apoyar especialmente a los profesionales facilitadores que impulsen acciones de intervención en atención a la salud Materna enfocado a la integración de la partería en los servicios locales de salud con enfoque intercultural; como una contribución en su formación como guías referentes para la integración del conocimiento tradicional al ámbito de la salud.

Esta guía no pretende no pretende agotar los temas referidos, así mismo no excluye el buen criterio medico adaptándose a las condiciones de atención medica características de nuestro medio. En la preparación participo personal de enfermería con preparación en partería profesional mediante colaboración con el Consejo Estatal de Población enfocados al proyecto de integración de la partería a los servicios de salud.

La presente será sujeto de revisión y actualización periódica acorde a los cambios en los sistemas de atención, a los cual se agradecen las contribuciones de los lectores para mejorar las futuras ediciones.

**Autores de la guía rápida:**

**Yolanda González Morquecho**

Licenciada en Enfermería y Obstetricia

Maestría en Administración de Servicios de salud

Especialista en Cuidados Intensivos

**Colaboradores revisores:**

**Mtra. Lucia Parajón García**

Licenciada en enfermería y Obstetricia

Maestría en Ciencias de la Enfermería

Licenciatura en Partería Profesional

Documento elaborado con fines de capacitación en el marco del

**Programa Estatal de Cooperación Hidalgo 2019-2024**

Firmado entre el **Gobierno del Estado de Hidalgo** y el **Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)**

Dirigido al personal de la

**Secretaría de Salud, Jurisdicciones Sanitarias, Oficinas Centrales, Hospitales, Centros de Salud y Parteras Tradicionales**

Diseño y formación  
**Adriana Gavira**

Estracción de contenido  
**Sandy Macías**

noviembre 2021

## **Contenido**

Módulo 1. Enfoque intercultural y Estrategias de Educación

Módulo 2. Cuidado pre embarazo y detección de riesgo

Módulo 3. Acompañamiento durante el Parto

Módulo 4. Atención en el posparto y Aborto

Módulo 5. Cuidado integral al recién Nacido

# Módulo 1



# Módulo 1. **Enfoque intercultural y Estrategias de Educación**

## Contenido temático:

- Marco Normativo internacional, nacional y estatal para el ejercicio de la partería
- Conceptualización y procesos de interculturalidad
- Diversidad cultural y atención a la salud
- Medicina tradicional e intercultural
- Cosmovisión del modelo tradicional
- Filosofía y valores de la partería
- Fundamentos y generalidades del modelo de partería
- Marco legal y práctica de la partería
- Consentimiento informado y Conciencia de la diversidad
- Prácticas de la partería tradicional durante el embarazo, parto y posparto
- Modelo educativo intercultural

# **Marco Normativo Internacional, Nacional y Estatal para el Ejercicio de la Partería**

---

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere los estudios que demuestran que las parteras tradicionales pueden ser una opción para reducir la mortalidad materna siempre que cuenten con la capacitación y supervisión adecuada.

En México, la partería tradicional está sustentada en el artículo 1º y 2º de la Constitución Mexicana

En los artículos 6º, 64 y 93 artículo de la Ley General de Salud (LGS).

---

## MARCO NORMATIVO

# Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, máximo órgano normativo nacional.

**Artículo 1º:** En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozaran de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el estado mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta constitución establece. Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacionalidad, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

**Artículo 2º:** La nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas.

- Esta constitución reconoce y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la libre determinación y, en consecuencia, a la autonomía para: Preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyen su cultura e identidad.
- Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, las autoridades, tienen la obligación de: Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional.

## Ley General de Salud, reglamenta:

**Artículo 1o:** el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

**Artículo 3º** que en los términos de esta Ley, es materia de salubridad general: CAPITULO V: Atención Materno-Infantil. En su Artículo 61 se señala: La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones: La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Esto se detalla en los siguientes artículos: artículos 51, 51 Bis-1, 51 Bis-2 y 54

**Artículo 61 Bis** explicita: Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de esta Ley y con estricto respeto de sus derechos humanos.

**Proceso de autorización de la partería:** este se encuentra descrito en los artículos 102 al 114 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

## **REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA**

ARTICULO 102.- Consideran personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica, aquellas personas que reciban la capacitación correspondiente y cuenten con la autorización expedida por la Secretaría que los habilite a ejercer como tales, misma que deberá refrendarse cada dos años.

ARTÍCULO 103.- El personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica a que se refiere el artículo anterior, podrá prestar servicios de obstetricia y planificación familiar, además de otros que la Secretaría considere conveniente autorizar y que resulten de utilidad para la población.

ARTÍCULO 104.- Las actividades de los auxiliares para la salud en obstetricia se sujetarán a lo que establece la Ley, este Reglamento y las Normas Técnicas que al efecto emita la Secretaría y serán ejercidas bajo el control y vigilancia de la propia dependencia del Ejecutivo Federal.

ARTÍCULO 105.- Para inscribirse en los cursos de capacitación para técnicos y auxiliares, deberán reunirse los siguientes requisitos: I Ser mayor de edad; II Saber leer y escribir; III Tener reconocimiento de sus actividades sobre la materia de que se trate, y Los demás que señale la Secretaría.

ARTÍCULO 106.- La comprobación del requisito señalado en la Fracción III del Artículo anterior se hará mediante la investigación que practique la Secretaría o por las pruebas que aporte el interesado.

ARTICULO 107.- El personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de salud en obstetricia, para inscribirse en los cursos de actualización de conocimientos en la materia, deberán contar con la autorización a que se refiere el Artículo 102 del presente Reglamento.

ARTÍCULO 108.- Los planes y programas de los cursos de capacitación y actualización, a que se hace referencia el Artículo 105, estarán a cargo de la Secretaría y serán impartidos por la propia dependencia del Ejecutivo Federal o por las instituciones autorizadas por ella para ese efecto.

## **REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA**

ARTÍCULO 109.- La Secretaría realizará periódicamente la supervisión de los servicios que presten y las actividades que realicen el personal a que se refiere el Artículo 102.

ARTÍCULO 110.- El personal no profesional autorizado para la prestación de servicios en materia de obstetricia podrá:

I.- Atender los embarazos, partos y puerperios normales que ocurran en su comunidad, dando aviso a la Secretaría

II.- Prescribir los medicamentos que en esos casos se requieran de acuerdo a las Normas Técnicas que para dicho fin emita la Secretaría

III.- Realizar las demás actividades que determine la Secretaría.

ARTÍCULO 111.- No podrá, en ningún caso, el personal no profesional autorizado en la prestación de servicios de obstetricia:

I.- Atender los embarazos, partos o puerperios patológicos, salvo cuando la falta de atención en forma inmediata o la transferencia de la paciente a la unidad de atención médica más cercana, hagan peligrar la vida de la madre o del producto. En este caso deberán dar aviso a la Secretaría

II.- Realizar intervenciones quirúrgicas

III.- Prescribir distintos medicamentos de los expresamente autorizados

IV.- Provocar abortos,

V.- Las demás actividades que determine la Secretaría.

ARTÍCULO 112.- El personal no profesional a que se refiere el Artículo 102 tendrá las siguientes obligaciones:

I.- Enviar al establecimiento de atención médica más cercana, los casos de embarazos patológicos o en los que se presuma la posibilidad de partos o puerperios patológicos

II.- Comunicar de inmediato a la Secretaría los casos de partos o puerperios patológicos, solicitando la prestación de servicios por parte de profesionales de la medicina con ejercicio legalmente autorizado

# **REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA**

ARTÍCULO 112.- El personal no profesional a que se refiere el Artículo 102 tendrá las siguientes obligaciones:(continuación)

III.- Dar la información que solicite la Secretaría y facilidades en la supervisión de las actividades que realicen

IV.- Asistir a las reuniones de información las que sean citados por la Secretaría

V.- Acudir a los cursos de actualización de conocimientos que imparta la Secretaría o las instituciones autorizadas por la misma para dicho fin.

VI.- Rendir trimestralmente a la Secretaría información sobre las actividades efectuadas y sus resultados; VII.- Dar a aviso a la Secretaría de los casos de cualquier enfermedad transmisible de los que tenga conocimiento o sospecha fundada

VIII.- Dar a aviso a la Secretaría de sus cambios de residencia

IX.- Las demás obligaciones que establezcan la Ley, este Reglamento y demás disposiciones aplicables.

ARTÍCULO 113.- La Secretaría, en las entidades federativas, llevará un registro estatal de los permisos y refrendo que expida al personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica en obstetricia.

ARTÍCULO 114.- Será sancionado el personal no profesional autorizado de salud en obstetricia que incurra en las siguientes infracciones:

I.- Omitir el refrendo de la autorización

II.- No acudir a los cursos de actualización de conocimiento en la materia

III.- Omitir el auxilio a que este obligado.

IV.- En general por actos u omisiones que impliquen el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la Ley y sus disposiciones reglamentarias.

# **NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.**

Establece los requisitos de atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la persona recién nacida; Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Así mismo, plantea la necesidad de fortalecer la calidad y calidez de los servicios de atención reconociendo los conceptos de interculturalidad, parto vertical y humanización del embarazo.

## **ENTRE OTRAS CONSIDERACIONES ESTABLECE:**

3.29 Partera técnica, a la persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel técnico.

3.30 Partera tradicional, a la persona que pertenece a comunidades indígenas y rurales y que ha sido formada y practica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida, la cual se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica.

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



## **ENTRE OTRAS CONSIDERACIONES ESTABLECE:(CONTINUACIÓN)**

Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como, proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos para la atención médica, en su caso. Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.

5.1.12 Las mujeres y las personas recién nacidas referidas a los establecimientos para la atención médica por las parteras tradicionales u otro prestador de servicio de salud de la comunidad, deben ser atendidos con oportunidad. La mujer debe tener la opción de parir en forma vertical, siempre y cuando se cuente con personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin, preservando en todo momento su autonomía y la seguridad del binomio.

5.2.1.9 Cuando se atienda a una mujer embarazada, de manera particular si es adolescente menor a 15 años, realizar la búsqueda intencionada de ejercicio de violencia sexual, familiar o de género. En caso de encontrarse datos sugestivos, proceder conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

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

2.22 Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

2.24 Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

2.25 Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

**Guías de Práctica Clínica (GPC)** son un elemento de rectoría en la atención médica cuyo objetivo es establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, a fin de contribuir a la calidad y la efectividad en la atención médica.

A la atención del embarazo, parto y puerperio le corresponde la categoría temática No 15, con 36 guías de práctica clínica. Para la atención del parto eutócico considerado en el modelo de atención de parto que nos concierne, son esenciales las guías:

- Vigilancia y manejo del parto
- Inducción de trabajo de parto
- Intervenciones para la atención del parto de bajo riesgo de la mujer en el primer nivel de atención.
- Intervenciones para el control prenatal aplicada en el primer nivel de atención
- Uso racional de la episiotomía
- Prevención y manejo de la hemorragia postparto en el primero, segundo y tercer nivel de atención
- Intervenciones para la atención de la mujer con herida quirúrgica infectada post cesárea en los tres niveles de atención
- Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas.
- Intervenciones para la promoción de la lactancia materna en los tres niveles de atención.
- Lactancia materna en el niño con enfermedad.  
Donación de leche humana

# El Programa Sectorial de Salud

2014 – 2018

**Recursos Humanos:** En un sistema centrado en la persona, el perfil de cada paciente requiere que el personal de salud reconozca la interculturalidad de la población, y se apegue al cumplimiento de los derechos humanos y los criterios éticos, además de que debe contar con las habilidades interpersonales y de comunicación

**Perspectiva de Género,** se señala en las líneas de acción: Difundir los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, el derecho al consentimiento previo e informado, incluyendo a población indígena.

**Perspectiva intercultural,** intersectorial y de género en el diseño y operación de programas y acciones de salud:

- Asegurar un enfoque integral y la participación incluyente y corresponsable en la atención del embarazo, parto y puerperio.
- Mejorar la calidad de la atención materna en todos los niveles de atención.
- Fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.
- Incorporar el enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones para la población.
- Adecuar los servicios a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de los grupos en situación de vulnerabilidad.

## **Formación y Gestión de Recursos Humanos en Salud, las líneas de acción:**

- Impulsar la formación de los recursos humanos alineada con las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico y cultural.
- Impulsar la actualización y capacitación continua de los recursos humanos con base en las necesidades nacionales de salud.
- Adecuar los modelos de atención para optimizar el uso de recursos para lograr el acceso efectivo con calidad.

## **Marco Jurídico Sustento de la Medicina y Partería Tradicional**

En México, desde el 2001, la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos reconoce a la medicina tradicional:

**Artículo 2º.-** La nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígena. Esta constitución reconoce y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la libre determinación y, en consecuencia, a la autonomía para:

- Preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad.
- Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, las autoridades, tienen la obligación de: III.

Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional.

Por su parte, la Ley General de Salud señala:

**Artículo 60.-** El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos: Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social; Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas.

**Artículo 64.-** (Reforma) En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán: Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio. Las cuales contarán con un salario digno que reconozca su trabajo.

**Artículo 93.-** La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud, promoverá el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de salud. De la misma manera, reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos

# Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

**Artículo 25.** Proponer el diseño y desarrollo de nuevos modelos de atención a la salud en correspondencia a las necesidades y características culturales de la población, promoviendo la interrelación con propuestas y proyectos conjuntos, y apoyando que su evaluación se realice a través de la visión de la cultura donde se practica.

## COMPARACIÓN DE DOCUMENTOS NORMATIVOS

<p>NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio, y de la persona recién nacida. DOF 07-04-2016</p>	<p>Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y manejo del parto de bajo riesgo. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-052-08 (2014)</p>	<p>Guía de Implantación – Modelo de atención a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque intercultural, humanizado y seguro (MTyDI)</p>	<p>Salud Materna y Perinatal (PAE-SMP) 2013-2018 del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR)</p>
<p>Establece criterios mínimos de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado.</p>	<p>Son elementos de rectoría cuyo objetivo es favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basados en evidencia científica; reconocidas por el Sistema Nacional de Salud.</p>	<p>Modelo basado en las recomendaciones de la OMS, evidencia científica, derechos humanos y el marco normativo mexicano, dirigido al personal de los servicios de salud, con el fin de mejorar la calidad técnica; no tiene carácter obligatorio.</p>	<p>Instrumento de política nacional sobre salud materna y perinatal.</p>

# Conceptualización y Procesos de Interculturalidad

La interculturalidad en salud es un concepto reciente que se desarrolla como respuesta a reivindicaciones de pueblos indígenas y de su derecho a la identidad cultural; pero también corresponde a una tendencia global de incorporar el derecho a la diferencia, que distingue y propicia la convivencia entre distintos grupos.

**Interculturalidad:** Es la interacción entre culturas, es el proceso de comunicación entre diferentes grupos humanos, con diferentes costumbres, siendo la característica fundamental: “la horizontalidad”, es decir, ningún grupo cultural está por encima del otro, promueve la igualdad, la integración y la convivencia.

La interculturalidad permite el Derecho a la identidad cultural, a la preservación del patrimonio inmaterial de los pueblos y comunidades indígenas; el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres; el derecho a la transmisión del conocimiento

## Objetivos particulares:

- Involucrar a la partería con enfoque intercultural de salud en la referencia de embarazos y partos potencialmente complicados a los servicios de salud.
- Mejorar el trato del personal a las usuarias de los servicios de salud materna con la intermediación del facilitador intercultural de salud.
- Incrementar el número de parteras tradicionales a través de la enseñanza por parteras tradicionales experimentadas.

## PAUTAS DE DIVERSIDAD PARA LA INCLUSIÓN EN EL ESTADO DE HIDALGO

Poblacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hace referencia a colectivos que dentro de la población comparten características similares en razón a la condición étnica, a la edad y al género.</li> <li>• Se constituye como una categoría heterogénea y diversa culturalmente.</li> <li>• Se sostiene en los estandartes de los derechos civiles y políticos, así como de los sociales, económicos y culturales.</li> </ul>
Generacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es la confluencia de personas de diferentes edades (niñas, niños, adolescentes, personas jóvenes, adultas, y adultas mayores).</li> <li>• Las personas cuentan con características propias.</li> <li>• Cada generación aporta distintas ideas, cada una acumula experiencias diferentes y una visión concreta.</li> </ul>
Cultural	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es la convivencia e interacción que existe entre diferentes culturas dentro de un mismo espacio geográfico compartido por un grupo de personas o sociedad.</li> <li>• Es la consecuencia de diferentes procesos de tipo histórico, político, social, económico y tecnológico.</li> <li>• Ha fomentado el intercambio de conocimientos y de valores como, el respeto, la tolerancia, la comprensión y la convivencia.</li> </ul>
Étnica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pueblos indígenas aportan identidad y pluralidad</li> <li>• Etnias Otomí, Ñaňhu</li> </ul>



## **PAUTAS DE DIVERSIDAD PARA LA INCLUSIÓN EN EL ESTADO DE HIDALGO**

Sexual  
y de  
Género

- El sexo se predomina de manera biológica, la identidad sexual se refiere a como se siente una persona respecto a su cuerpo y sexo
- Hace referencia a todas las posibilidades de asumir identidades y preferencias sexuales (distintas en cada cultura y persona).
- Es el reconocimiento de que todos los cuerpos, todas las sensaciones y todos los deseos tienen derecho a existir y manifestarse sin más límites que el respeto a los derechos de las otras personas

Funcional

- Es un fenómeno, característica o hecho de todos los individuos de la sociedad por igual o de un determinado grupo social, con determinadas capacidades.
- Debe ser gestionada de modo que no se produzcan exclusiones o discriminaciones.
- Se creó para decir que todos tenemos diferentes y diversas capacidades, y no discriminar a nadie.
- También se usa como término alternativo al de discapacidad, invalidez o minusvalía.

## **PAUTAS DE DIVERSIDAD PARA LA INCLUSIÓN EN EL ESTADO DE HIDALGO**

Lingüística	<p>Se refiere a la existencia de una multiplicidad de lenguas dentro de un espacio geográfico.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hidalgo cuenta con 357 972 personas mayores a los cinco años que hablan una lengua indígena (12.31 %)</li><li>• Población que no habla español de hablantes de lengua indígena 17.86 %</li><li>• Lenguas indígenas más frecuentes Náhuatl 64.9 % Otomí 33.3 %</li><li>• Mayor diversidad lingüística: en las zonas aisladas donde ha habido menos imposición de culturas y grupos de personas más pequeños.</li><li>• Menos diversidad lingüística: en las zonas que ha habido históricamente un comercio, una unidad política, migraciones, colonizaciones e influencias culturales.</li></ul>
-------------	--

## ENFOQUES EN LA ATENCIÓN DE SALUD EN HIDALGO

Humanizado	Intercultural	Seguro	Derechos Humanos
<p>Las mujeres deben de ser el sujeto protagonista de su embarazo, parto y puerperio, con la capacidad de tomar decisiones acerca de cómo, dónde y con quien parir, bajo la cobertura de los derechos humanos, persiguiendo el objetivo de que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial y placentero en condiciones de dignidad humana. Considerando de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valores emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio.</p>	<p>Pretende identificar y erradicar las barreras culturales y de género que dificultan el acceso a los servicios de salud, reconociendo la diversidad cultural existente entre las mujeres de nuestro estado, con sus demandas y expectativas, así como por la propuesta de enriquecimiento de la atención del parto con elementos de la partería tradicional indígena, como de otros modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud no convencionales, todos los cuales fortalecen tanto los elementos técnicos, como los mismos procesos de humanización del parto.</p>	<p>Parte de reconocer a las mujeres como sujeto del derecho de recibir una atención médica basada en fundamentos científicos, y porque además de procurar condiciones de comodidad durante el parto, promueve también que estas se lleven a cabo en espacios confortables, con lo mejor de la atención desmedicalizada, pero en condiciones de seguridad en coordinación con los servicios de salud resolutivos, en caso de que se presente una complicación de última hora.</p>	<p>Determina quiénes son los titulares de los derechos y en qué consisten esos derechos, y quiénes son los responsables de hacerlos efectivos y cuáles son sus obligaciones, y promueve el fortalecimiento de la capacidad de los primeros de llevar adelante sus reivindicaciones, y de los segundos, de cumplir sus obligaciones</p>

## **LAS MUJERES TIENEN DERECHO A:**

- Ser protagonistas de su parto.
- Ser consideradas personas sanas.
- Decidir lo que necesitan en cada momento.
- Ser informadas de todo lo que ocurre.
- Elegir con libertad una compañía de sus afectos.
- Elegir la posición para parir.
- Expresar sus emociones.
- Efectuar los rituales que acostumbra su cultura.
- Ser respetadas en su intimidad

# Diversidad Cultural y Atención a la Salud

**Diversidad cultural:** o multiculturalismo es la convivencia armónica y respetuosa de grupos humanos provenientes de diferentes sustratos culturales, es decir, de trasfondos étnicos, religiosos, lingüísticos y sociales diferentes, en el marco de una cultura mayoritaria dominante.

- **Diversidad lingüística**, que consiste en la convivencia de distintas lenguas y/o dialectos dentro de una misma unidad territorial.
- **Diversidad religiosa**, que consiste en la práctica de distintas religiones y/o tradiciones místicas o espirituales dentro de una misma nación.
- **Diversidad étnica**, que consiste en la presencia de distintas etnias o pueblos dentro de un mismo país.

**Enfoque Intercultural:** promueve la paridad de trato entre los diferentes grupos culturales; considera la Salud como un derecho fundamental y entiende como implícita la capacidad de los profesionales de la salud de poder integrar el conocimiento con las creencias y la practicas tradicionales

**Herramientas interculturales:** Permiten desarrollar un proceso comunicativo suficiente con grupos culturales diferentes a fin de lograr:

- Establecer un diagnóstico certero.
- Explicar adecuadamente las indicaciones médicas.
- El seguimiento de las medidas profilácticas y terapéuticas indicadas
- Establecer una relación del personal de salud - paciente respetuosa y cercana.

**Competencia Intercultural en Salud:** Habilidad y capacidad para interactuar y negociar con grupos culturalmente diversos, comunicándose de una forma respetuosa y eficaz de acuerdo a las múltiples identidades de los participantes y/o usuarios, fomentado actitudes de respeto, tolerancia, diálogo y enriquecimiento mutuo, constatando que la verdad es plural y relativa y que la diversidad puede ser fuente de riqueza.

## RELACIÓN INTERCULTURAL EN SALUD

- Apertura del prestador de servicios de salud conocer y comprender la cultura y cosmovisión de las personas
- Reconocimiento y aceptación de las diferencias y diversidad
- Trato con dignidad como sujetos y como personas
- Respeto a las creencias y percepciones de las personas
- Dialogo horizontal
- Comprensión mutua y empatía
- Sinergia. La diversidad es un valor que potencializa soluciones enriquecedoras

México se considera uno de los llamados países “supe diversos”, abarca 68 pueblos originarios, cada uno con su lengua respectiva y tradiciones. Juntos suman un total de casi 12 millones de pobladores indígenas, la quinta parte de la población total mexicana.

El estado de Hidalgo posee una vasta tradición histórica y cultural cuya gran riqueza material e inmaterial se manifiesta a través de sus monumentos, pinturas, danzas, música, comida, lenguas, costumbres y ritos milenarios, diversas y múltiples manifestaciones producidas por el espíritu y sensibilidad humana, fuerza y vitalidad creativa que nos identifican como hidalguenses.

Como entidad federativa, la historia de Hidalgo es reciente, sin embargo, los actuales habitantes son herederos de una riqueza cultural, material e inmaterial producida en diversos momentos históricos por los grupos que se asentaron en este territorio desde la época prehispánica hasta nuestros días, distribuidos en diez regiones geo culturales: los Llanos de Apan, el Valle del Mezquital, la Huasteca, la Sierra Alta, la Sierra Baja, la Sierra Gorda y la Sierra de Tenango, la Cuenca del Valle de México, la Comarca Minera y el Valle de Tulancingo. Aún existe una fuerte presencia de indígenas, nahuas y ñahañhus y una minoría Tepehua.



## Medicina tradicional e intercultural

**Medicina tradicional.** Suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales. (OMS 2014).

Es un sistema de atención a la salud que tiene sus raíces en conocimientos profundos sobre la salud y la enfermedad que los diferentes pueblos indígenas y rurales de nuestro país han acumulado a través de su historia, fundamentado en la cosmovisión de los pueblos originarios del país. (DMTyDI)

<b>CONTEXTO INTERCULTURAL</b>		
<b>CONCEPTOS</b>	<b>MEDICINA ALOPÁTICA OCCIDENTAL</b>	<b>MEDICINA TRADICIONAL MEXICANA</b>
Salud	Aunque la OMS señala un concepto biopsicosocial, lo que realmente se realiza en la práctica clínica, es entender la salud como el resultado del correcto funcionamiento del cuerpo	La salud es el resultado del equilibrio de las fuerzas frías y calientes del cuerpo
Atención Médica	Se atiende la enfermedad enfocada al cuerpo, sobre todo de manera individual.	Se atiende a la persona dentro de su contexto colectivo, familiar y ambiental, a veces se atiende a un colectivo.
Enfermedad	La enfermedad es la alteración del organismo producto de elementos físicos y biológicos. Los factores emocionales y sociales se manejan mínimamente.	La enfermedad es la ruptura del equilibrio, debido a aspectos fríos y calientes, internos y externos.



## CONTEXTO INTERCULTURAL

CONCEPTOS	MEDICINAALOPÁTICA OCCIDENTAL	MEDICINA TRADICIONAL MEXICANA
Uso de terapias basadas en plantas medicinales	Se utilizan las plantas por sus propiedades químicas y como fuente de medicamentos. Está muy comercializada.	Se utilizan las plantas medicinales por sus propiedades frías y calientes y su capacidad de movilizar el viento interno.

## Cosmovisión del modelo tradicional

La Medicina Tradicional Mexicana tiene sus raíces en profundos conocimientos que los distintos pueblos indígenas de nuestro país han acumulado a través de su historia sobre la salud y la enfermedad. Son eficientes sistemas de atención, con terapeutas, métodos de diagnóstico y curativos que se explican desde una forma de entender el mundo de origen indígena (Cosmovisión) incorporando y ordenando elementos de otras culturas y poblaciones a su forma de explicación.

## COSMOVISIÓN

- Se considera que el ser humano es un todo en el que no se puede separar el cuerpo de la mente y el espíritu.
- Cada una de las partes del cuerpo tiene que ver con todas las demás y está conectado y en íntima relación con los demás seres humanos; con las plantas, animales, objetos; y con los demás elementos de la “naturaleza”: el aire, el agua, la tierra, las divinidades, los planetas y todo el cosmos en general, los cuales poseen vida y son sagrados.
- La salud es un estado de equilibrio interno entre el cuerpo, la mente y el espíritu, que está en armonía externa ó equilibrio con los demás seres humanos, la naturaleza y el cosmos en general.

## COSMOVISIÓN (continuación)

- La enfermedad es la consecuencia de la ruptura de ese estado de equilibrio. Todas las causas de enfermedad pueden ser originadas por el propio organismo.
- Realizar acciones contrarias o de falta de respeto contra la familia, la comunidad, la naturaleza y las divinidades, rompiendo el equilibrio puede revertir en su contra generando fuerzas nocivas que a su vez lo afectan a él, a su familia y comunidad.

## Filosofía y valores de la partería

**Partería:** Atención calificada, informada y compasiva para las mujeres en edad fértil, los recién nacidos y las familias en todo el proceso durante el período previo al embarazo, el embarazo, el parto, el posparto y las primeras semanas de vida. Considerando la optimización de los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales de la reproducción y la vida temprana; prevención y manejo oportunos de complicaciones; consulta y derivación a otros servicios; respeto por las circunstancias y puntos de vista individuales de las mujeres y trabajo en conjunto para fortalecer las propias capacidades de las mujeres para cuidar de sí mismas y de sus familias con plena integración a la comunidad.

**Parteras tradicionales.** Forman parte del sistema de la medicina tradicional. Son personas que pertenecen a comunidades indígenas y rurales y que han sido formadas y practican el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, las cuales se consideran como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica.

## **El modelo de partería tiene como principios:**

- Justicia, igualdad y respeto por la dignidad humana.
- Promover y proteger los derechos humanos con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos con respeto a la diversidad étnica y cultural tener las competencias para el continuo de la atención de la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal y la adolescencia y acompañan a las mujeres en la referencia a otros niveles de atención cuando es necesario.
- Respetan y tienen confianza en la mujer y en su capacidad para dar a luz, lo que propicia el empoderamiento sobre el autocuidado de la salud.
- Ejercer de manera autónoma de acuerdo a sus competencias y colaborar con el equipo multidisciplinario de salud para otorgar una atención integral.
- Ofrecer una atención respetuosa orientada a la prevención, flexible y centrada en las mujeres, las personas recién nacidas y sus familias lo que favorece la atención a sus necesidades.
- Las parteras mantendrán actualizadas sus competencias garantizando las prácticas basadas en la evidencia, asimismo utilizan la tecnología de manera apropiada y derivan oportunamente a la atención médica cuando se presentan complicaciones.

## CÓDIGO DEONTOLÓGICO INTERNACIONAL PARA PARTERAS

### Relaciones de las Parteras

- a. Desarrollan una colaboración con cada mujer en la que comparten información relevante que conduce a una toma de decisiones informada, al consentimiento de un plan de cuidados en evolución y a asumir la responsabilidad por los resultados de sus decisiones.
- b. Defienden el derecho de las mujeres y familias a participar activamente en las decisiones relativas a su cuidado.
- c. Capacitan a las mujeres y familias a defender su posición en asuntos relativos a la salud de las mujeres y de las familias dentro de su cultura.
- d. Junto con las mujeres, trabajan con autoridades en diferentes niveles para definir las necesidades de servicios de salud atendiendo a las prioridades y a las posibilidades.
- e. Se ayudan y promueven activamente la autoestima de las mujeres y sus familias.
- f. Trabajan respetuosamente con otros profesionales de la salud mediante consultas y referencias cuando las necesidades de las mujeres superan sus competencias.
- g. Son conscientes de la interdependencia humana en su campo práctico y procuran resolver los conflictos que se presenten.
- h. Tienen responsabilidades consigo mismas como personas de valía moral y deberes con la integridad y la dignidad humana.

## CÓDIGO DEONTOLÓGICO INTERNACIONAL PARA PARTERAS

<p>Práctica de la Partería</p>	<p>a. Ofrecen asistencia a las mujeres en edad reproductiva y a sus familias respetando la diversidad cultural y trabajando al mismo tiempo para eliminar prácticas dañinas.</p> <p>b. Alientan a que ninguna mujer o niña sufra daños por la maternidad.</p> <p>c. Emplean conocimientos profesionales actualizados y basados en evidencia, para mantener las competencias requeridas para las prácticas seguras en el cuidado de la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal, incluyendo la atención del parto.</p> <p>d. Responden a las necesidades psicológicas, físicas, emocionales y espirituales de las mujeres que piden atención libre de discriminación.</p> <p>e. Actúan como modelos referentes de la promoción de la salud para las mujeres a lo largo de toda su vida, así como para sus familias y otros profesionales de la salud.</p> <p>f. Buscan activamente el desarrollo personal, intelectual y profesional durante todo el tiempo en que desempeñan su profesión, integrando ese desarrollo en sus prácticas.</p>
<p>Responsabilidad Profesional</p>	<p>a. Respetan la información confidencial de sus usuarias para proteger su derecho a la intimidad.</p> <p>b. Son responsables de sus decisiones y acciones, así como de los resultados que tengan en los cuidados que prestan a las mujeres.</p> <p>c. Comprenden las consecuencias adversas que la violación de los derechos éticos y humanos tiene sobre la salud de las mujeres y de los niños, y trabajarán para acabar con esa violación.</p> <p>d. Participan en el desarrollo y la puesta en marcha de políticas de salud que promuevan la salud de todas las mujeres en edad reproductiva y de sus familias.</p>
<p>Fomento de los Conocimientos y de la Práctica</p>	<p>a. Garantizan que el fomento de los conocimientos de partería se basa en actividades que protegen los derechos de la mujer como ser humano.</p> <p>b. Desarrollan y comparten los conocimientos de partería por distintos medios, como son la revisión por pares y la investigación.</p> <p>c. Contribuyen a la educación formal de las estudiantes de partería y a la formación continua de las parteras.</p>

## Fundamentos y generalidades del modelo de partería

La Confederación Internacional de Matronas (ICM) es una federación de asociaciones de matronas que representa a varios países alrededor del mundo. La ICM trabaja estrechamente con la Organización Mundial de la Salud, con todas las organizaciones de las Naciones Unidas y con los gobiernos, en apoyo de la maternidad segura y las estrategias de atención primaria de la salud.

La ICM asume el rol de liderazgo en el desarrollo de la definición de matrona y la delineación del enfoque de la práctica de la partería (las competencias esenciales) promoviendo las normas y las directrices que definen la estructura esperada y el contexto de los servicios previos de los programas de formación de la partería; provee orientación para el desarrollo de regulaciones para la práctica de la partería y ayuda a los países a fortalecer la capacidad de las asociaciones de matronas y a crear líderes de la profesión de matrona alrededor del mundo.

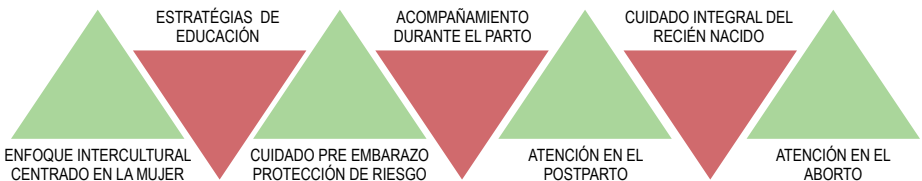
Las competencias profesionales se refieren a tres esferas:

**SABER:** Dominio del área de conocimiento y fundamentación teórica.

**HACER:** Adquisición de habilidades y destrezas

**SER:** Desarrollo de actitudes, conductas y valores apropiados

Las siete competencias esenciales establecidas por la Confederación Internacional de Matronas (ICM) constituyen una referencia para la integración y evaluación del perfil, así como del ejercicio profesional de la partera.



## **COMPETENCIAS ESENCIALES PARA EL EJERCICIO BÁSICO DE LA PARTERÍA**

Competencia # 1	Las matronas tienen el conocimiento y las destrezas requeridas, de obstetricia, neonatología, ciencias sociales, salud pública y ética, que constituyen la base del cuidado de alta calidad, relevante desde el punto de vista cultural, apropiado para mujeres, recién nacidos y familias en edad fértil.
Competencia # 2	Suministran a todos en la comunidad educación en salud y servicios de alta calidad, culturalmente sensitivos, para promover la vida familiar saludable, los embarazos planificados y la crianza positiva de los niños.
Competencia # 3	Suministran cuidados de alta calidad para el cuidado pre-embarazo para maximizar la salud durante el embarazo, lo que incluye la detección temprana y tratamiento o derivación para una selección de complicaciones.
Competencia # 4	Suministran cuidados de alta calidad, sensitivos culturalmente, durante el trabajo de parto, realizan un parto limpio y seguro y manejan situaciones de emergencia selectas, para maximizar la salud de las mujeres y sus recién nacidos.
Competencia # 5	Suministran a las mujeres cuidados posparto integrales, de alta calidad, sensitivos culturalmente.
Competencia # 6	Suministran cuidado integral, de alta calidad al infante esencialmente sano, desde el nacimiento hasta los dos meses de edad.
Competencia # 7	Proveen una serie de servicios de salud individualizados y sensitivos culturalmente relacionados con el aborto, para mujeres que requieren o experimentan una interrupción del embarazo o una pérdida, congruentes con las leyes y regulaciones aplicables y de acuerdo con los protocolos nacionales.

## Marco legal y práctica de la partería

La Declaración de Alma Ata, Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud (oms/ops, 1978), así lo reconoce y enmarca la trascendencia de la medicina tradicional como riqueza local disponible para la población indígena. Claro ejemplo de ello es la partería tradicional.

### **CARTA DE DERECHOS DE LAS MUJERES Y LAS PARTERAS**

Derechos  
de las  
Mujeres

1. Cada mujer tiene derecho a recibir atención de una partera competente en el parto.
2. Cada bebé tiene derecho a tener una madre sana y bien informada.
3. Cada mujer tiene derecho a ser respetada como persona digna.
4. Cada mujer tiene derecho a la seguridad de su propio cuerpo.
5. Cada mujer tiene derecho a estar libre de cualquier forma de discriminación.
6. Cada mujer tiene derecho a recibir información actualizada sobre salud.
7. Cada mujer tiene derecho a participar activamente en las decisiones sobre su salud y a facilitar su consentimiento informado.
8. Cada mujer tiene derecho a la intimidad.
9. Cada mujer tiene derecho a elegir el lugar donde dará a luz.



## **CARTA DE DERECHOS DE LAS MUJERES Y LAS PARTERAS (CONTINUACIÓN)**

<p>Derechos de las Parteras</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Cada partera tiene derecho a una formación específica que le permita desarrollar y mantener sus competencias como partera.</li><li>2. Cada partera tiene derecho a poner en práctica sus competencias dentro de la definición y el alcance de la Confederación Internacional de Matronas.</li><li>3. Cada partera tiene derecho a ser reconocida, respetada y apoyada como profesional de la salud.</li><li>4. Las parteras tienen derecho a acceder a una asociación sólida de parteras que pueda contribuir a políticas públicas que incluyan a las parteras como actores clave en la calidad de la atención de la salud sexual, reproductiva, materna y neonata</li></ol>
<p>Derechos de Ambas</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Las parteras y las mujeres tienen derecho a un sistema regulador que garantice un cuerpo de parteras seguro, competente y autónomo para las mujeres y sus bebés.</li><li>2. Ambas tienen derecho a contar con un número suficiente de parteras para satisfacer las necesidades de las mujeres y sus bebés.</li><li>3. Las mujeres y las parteras tienen derecho a ser respetadas por los gobiernos y las instituciones de salud y educación.</li><li>4. Las parteras tienen derecho al reconocimiento de su profesión diferenciada de otros profesionales de la salud.</li></ol>

## COLABORACIÓN ENTRE PARTERAS PROFESIONALES Y TRADICIONALES

Independientemente del modo en que éstas hayan adquirido sus conocimientos y habilidades, la colaboración entre parteras:

- Refleja la filosofía de cooperación con las mujeres.
- Aumenta las posibilidades de lograr un mayor nivel de educación para las mujeres y parteras.
- Brinda apoyo mutuo entre las mujeres profesionales de la salud.
- Los conocimientos tradicionales sobre partería pueden incorporarse a los planes de estudio.
  - Estrechar vínculos entre parteras profesionales y tradicionales conduciría a mejorar resultados de salud para las mujeres y sus recién nacidos.

Partería Profesional	<ul style="list-style-type: none"><li>• La base para el reconocimiento de la profesión: considerar los derechos humanos de las mujeres.</li><li>• Debe encontrar soluciones de atención a la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal, que protejan los derechos de las mujeres y de las parteras.</li></ul>
Partería Tradicional	<ul style="list-style-type: none"><li>• Son las principales proveedoras de atención a la salud de las mujeres, y un componente esencial para el desarrollo de la práctica de la partería.</li><li>• Su rol y funciones en la comunidad no se contraponen con el ejercicio profesional de las parteras en los servicios de salud. Su trabajo es complementario en favor de la salud de las mujeres</li></ul>

## **COLABORACIÓN ENTRE PARTERAS PROFESIONALES Y TRADICIONALES**

Ambas

- Garantiza la participación de la comunidad, en particular: escuchar a las mujeres
  - Acepta la diversidad de las necesidades de las comunidades
  - Muestra reconocimiento y respeto mutuo por los conocimientos de cada grupo
  - Reconoce las prácticas beneficiosas de ambas perspectivas de atención
- Recibe apoyo sostenido de las autoridades de salud a nivel local, municipal y estatal
- Mantiene en funcionamiento sistemas de referencia y medios de transporte • Incluye la competencia intercultural en los planes de estudio de los profesionales de la salud
- Elabora programas educativos adecuados y apoya a las parteras tradicionales que optan por la partería profesional

## Consentimiento informado y Conciencia de la diversidad

**Consentimiento informado:** Se entiende como el acto de decisión libre y voluntaria realizado por una persona competente, por el cual acepta las acciones diagnósticas o terapéuticas sugeridas por el personal de salud, fundado en la comprensión de la información revelada respecto de los riesgos y beneficios que le pueden ocasionar. El consentimiento informado se sustenta en el **principio de autonomía** del paciente.



**Consentimiento informado para una investigación (N)**  
Consentimiento voluntario y formal que dan los participantes (que deben estar capacitados para tomar decisiones) para participar en un estudio de investigación después de que se les haya explicado de forma completa y exhaustiva el propósito de la investigación, sus riesgos y beneficios, cómo se protegerá el anonimato o la confidencialidad de su participación y su derecho a abandonar el estudio.

## REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD

### CAPITULO IV

De la investigación en Mujeres en Edad Fértil, Embarazadas, durante el Trabajo de Parto, Puerperio, Lactancia y Recién Nacidos; de la utilización de Embriones, Óbitos y Fetos y de la Fertilización Asistida.

ARTICULO 48. Durante la ejecución de investigaciones en mujeres embarazadas:

I. Los investigadores no tendrán autoridad para decidir sobre el momento, método o procedimiento empleados para terminar el embarazo, ni participarán en decisiones sobre la viabilidad del feto

II. Sólo con la autorización del Comité de Ética en Investigación podrá modificarse el método para terminar el embarazo con propósitos de investigación, cuando tales modificaciones signifiquen un riesgo mínimo para la salud de la madre y no representen riesgo alguno para la sobrevivencia del feto, y Fracción reformada DOF 02-04-2014

III. En todo caso queda estrictamente prohibido otorgar estímulos monetarios o de otro tipo para interrumpir el embarazo, por el interés de la investigación o por otras razones.

La Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (NOM-004-SSA3-2012) se define a las **cartas de consentimiento informado** como los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante las cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

**El consentimiento del paciente es temporal y revocable.** El respeto a esta decisión debe basarse en la información completa de las consecuencias que el abandono al tratamiento implica. La revocación puede no ser atendida en los siguientes supuestos: Tratamientos sanitarios obligatorios por ley; Urgencias, e Incapacidad declarada o de hecho para tomar decisión

## **Prácticas de la partería tradicional durante el embarazo, parto y posparto**

Para las comunidades indígenas, las parteras tradicionales recibieron un don divino y su saber es un legado ancestral. Casi todas ellas recibieron la señal de su vocación en un sueño, atendieron su propio parto, o heredaron una tradición familiar. La mayoría de las parteras tienen experiencia y suelen ser respetadas por su comunidad. Los cuidados prenatales en los establecimientos de salud de primer nivel implican un seguimiento mensual. Con frecuencia, este acompañamiento también es brindado por las parteras tradicionales.

### **LOS CUIDADOS PRENATALES**

- Visitan a las mujeres en sus hogares, lo que les resulta más económico y conveniente, además de que hablan la misma lengua.
- Las visitas de la partera comienzan entre los cuatro y los seis meses de gestación, al término del primer trimestre
- Una vez que la partera confirma el embarazo, establece un calendario de visitas, que pueden ser semanales o más frecuentes, dependiendo de la posición del bebé y el estado de salud de la madre.
- El objetivo es observar los movimientos del bebé e ir “guiándolo” hacia su nacimiento.
- La mayoría de las parteras hacen recomendaciones a las mujeres embarazadas sobre su alimentación y para que eviten hacer tareas pesadas.
- Cuando la partera determina que algo no está bien, les aconseja visitar al médico, ya sea para consultarlo o para que les dé suplementos de micronutrientes. Consejo de la partera acerca de las vacunas

## EL PARTO Y EL PUERPERIO

- Cuando llegan las señales del parto, es importante que la familia de la parturienta la acompañe. Esta compañía se considera positiva, ya que la ayuda a calmarse. Una vez que nace el niño, la partera masajea el vientre de la mujer hasta que la placenta es expulsada, y cuando ya no se percibe ningún latido y se rompe el vínculo con la madre, se corta el cordón umbilical con unas tijeras limpias, y se envuelve en un trapo o en vendas.
- La partera atiende las complicaciones que ocurran durante el parto.
- Si se presenta una hemorragia fuerte, le da infusiones a base de hierbas.
- De haber otras complicaciones, la decisión de trasladar a la mujer a los servicios de salud queda en manos de la partera y la familia.
- No suelen mencionarse señales o síntomas claves para referir a la mujer a los servicios de salud.
- La familia y la partera celebran el parto exitoso con una comida.
- La placenta se trata de acuerdo a los usos y costumbres de la comunidad debe enterrarse en algún lugar de la casa; se cree que de no hacerlo, el bebé llorará mucho.
- El acompañamiento de la partera termina con dos o tres visitas después del parto para observar la recuperación de la madre.

## **CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO**

- Las características de los recién nacidos sanos (apariencia y comportamiento).
- El crecimiento y desarrollo normal del recién nacido y del infante
- Facilita el apego inmediato al nacimiento apoyando la toma del pezón de parte del niño o niña, animando a que la madre participe, por un mínimo de 40 minutos (lo ideal es de una a dos horas)
- Las necesidades básicas del recién nacido: respiración establecida, calor, nutrición, cariño (crear lazos afectivos).
- Las ventajas de varios métodos para dar calor al recién nacido, incluyendo el contacto de piel a piel (Método madre canguro)
- Los elementos de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en los recién nacidos e infantes
- Las prácticas tradicionales o culturales relacionadas con el recién nacido
- La responsabilidad de bebés que nacieron muertos o que fallecieron en los primeros días de vida recae en la familia.
- Los signos, síntomas e indicaciones para diferir o trasladar al recién nacido por complicaciones

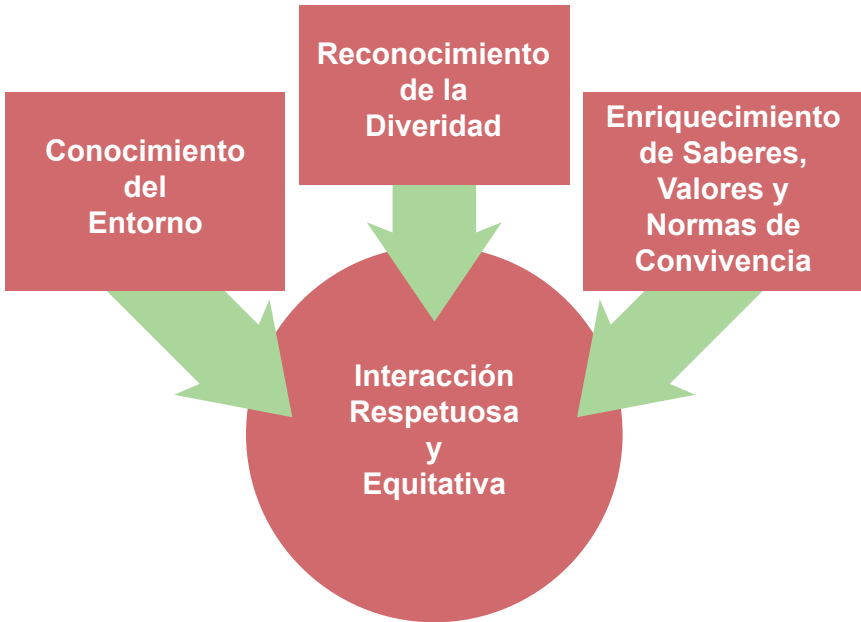
Las parteras suelen atender otros problemas de salud además del embarazo, el parto y el puerperio. Son reconocidas porque construyen su saber a lo largo de años de experiencia, por los casos exitosos acumulados en su trayectoria, por la fe y por la intimidad que establecen con las mujeres y las familias.

El reconocimiento de las parteras como personal local clave y capacitado, y su inclusión en el sistema de salud, permitiría fortalecer sus capacidades técnicas, respetando los aspectos culturales de su labor. Esta es una inversión determinante para reducir la mortalidad y la morbilidad de las madres y los recién nacidos, y para construir un sistema de salud centrado en las personas.



## Modelo educativo intercultural

La Educación Intercultural es una propuesta que promueve y favorece dinámicas de inclusión; supone una convivencia respetuosa entre personas y comunidades que reconocen sus diferencias en un diálogo sin prejuicios ni exclusiones.



Ayuda a desarrollar competencias y actitudes para la participación ciudadana activa en la construcción de una sociedad pluricultural, justa y equitativa.

El taller se construye con los participantes y se parte de los conocimientos y del actuar de los agentes para introducir conceptos y crear nuevas habilidades.

### Objetivo General:

El participante afirmara el desarrollo de actitudes, conductas y valores apropiados a la formación como facilitador en el primer nivel de atención para impulsar acciones de intervención en salud materna en la integración de las parteras a los servicios locales de salud en las Jurisdicciones sanitarias del estado de Hidalgo.

## **Objetivos específicos:**

- Fortalecer conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes para guiar las acciones de atención proporcionadas por las parteras en la promoción, protección y atención de la salud materna con pleno respeto a los derechos humanos y reproductivos de la mujer con enfoque intercultural de la región en la que se establezca su área de competencia.
- El participante conocerá las siete competencias esenciales establecidas por la confederación Internacional de Matronas aplicando sus habilidades en la integración del conocimiento como facilitador para ejercer acciones en la integración las parteras a los servicios locales de salud.
- Aplicar capacidades y competencias profesionales del personal de salud de primer nivel de atención como facilitador la gestión comunitaria para el fortalecimiento de la partería y su inclusión al servicio de salud.

**¿Qué es un facilitador?** Un facilitador es una persona que ayuda a aprender las aptitudes que se presentan en el curso. Él facilitador está pendiente todo el tiempo de cada participante, de sus dudas, preguntas y discusiones. Al haberle asignado la tarea de enseñar este curso, se considera que usted lo es.

## **ORIENTACIÓN AL FACILITADOR**

- Como facilitador, usted requiere estar muy familiarizado con el material que se está enseñando.
- Su trabajo consiste en guiar al grupo, dar explicaciones, realizar demostraciones, contestar preguntas, hablar con los participantes acerca de sus interrogantes y dirigir discusiones en grupo
- Organizar y supervisar la práctica que sea necesaria
- En general, dar a todos los participantes la ayuda necesaria para que terminen el curso satisfactoriamente.

## COMO FACILITADOR, USTED HACE TRES

### COSAS BÁSICAS:

#### Enseña:

- Cerciórese de que cada participante entienda cómo trabajar con el material completo y lo que se le pide que haga en cada módulo.
- Conteste las preguntas de los participantes cuando surjan.
- Explique la información que parezca confusa y ayude a comprender el objetivo principal de cada ejercicio.
- Dirija las actividades en grupos como discusiones, ejercicios orales y con video, dramatizaciones o prácticas.
- Cerciórese de que todos cumplan los objetivos del aprendizaje.
- Evalúe oportunamente el trabajo de cada participante y entréguele las respuestas correctas.
- Analice con los participantes las respuestas para determinar cualquier debilidad en sus aptitudes o comprensión.
- Proporcione explicaciones o prácticas adicionales para mejorar las aptitudes y la comprensión.
- Ayude al participante a comprender cómo aplicar las aptitudes que aprendió en su propia comunidad.
- Explique lo que hay que hacer en cada sesión de práctica. Entregue orientación y haga comentarios cuando sea preciso durante las sesiones de práctica.

#### Motiva:

- Encomie al participante cuando sus respuestas sean correctas y cuando mejore o avance.
- Cerciórese de que no haya grandes obstáculos en el aprendizaje (demasiado ruido, salón incómodo o falta de iluminación).

## COMO FACILITADOR, USTED HACE TRES

### COSAS BÁSICAS:

<b>Administra:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Haga planes con antelación. Obtenga todos los suministros que necesite y procure que estén a mano cuando los requiera.</li><li>• Cerciórese de que los desplazamientos a la práctica sean eficientes.</li><li>• Supervise el progreso de cada participante.</li><li>• Recabe los sustentos probatorios de las sesiones (Listas de asistencia, Fotografías y grabaciones de las mismas.</li></ul>
¿Qué Si hacer?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Demuestre entusiasmo por los temas del curso y por el trabajo que están haciendo los participantes.</li><li>• Preste atención a las preguntas y necesidades de cada participante. Anímelos a hacer preguntas o comentarios. Esté disponible durante las horas programadas. Promueva una relación amistosa y de colaboración. Responda positivamente a las preguntas.</li><li>• Escuche las consultas y trate de resolver las dudas en lugar de dar respuestas rápidas.</li><li>• Siempre tómese el tiempo suficiente para contestar completamente las preguntas de cada participante para que tanto usted como él o ella queden satisfechos con la respuesta.</li></ul>

## COMO FACILITADOR, USTED HACE TRES

### COSAS BÁSICAS:

¿Qué NO hacer?

- No trabaje en otros proyectos ni discuta asuntos que no estén relacionados con el curso durante las horas programadas para él.
- Durante las discusiones con los participantes evite usar expresiones faciales o hacer comentarios que puedan avergonzarlos.
- No invite a los participantes a intervenir uno por uno como en una clase tradicional. Ese sistema produce un silencio incómodo cuando el participante no sabe la respuesta. Mejor haga preguntas al grupo y anime a responder.
- No dé clases sobre la información que se va a trabajar y discutir. Entregue sólo las explicaciones que sugiere esta Guía del facilitador. Si da mucha información demasiado rápido, los participantes podrían confundirse.
- No repase cada comentario palabra a palabra. Eso es aburrido y da a entender que los participantes no entienden.
- Repase solo la información sobresaliente que indica la guía.
- Evite ser demasiado dramático y exagerado. El entusiasmo es fantástico ya que mantiene despiertos a los participantes, pero es más importante que aprendan. Obsérvelos para estar seguro de que están entendiendo el material. Los puntos difíciles quizá lo obliguen a ir más despacio y a prestar más atención a algunos participantes.
- No sea condescendiente. En otras palabras, no trate a los participantes como si fueran niños. Son adultos.
- No hable demasiado. Aliente a los participantes a hablar.
- No sea tímido, no se ponga nervioso ni se preocupe por lo que va a decir. Esta Guía del facilitador le ayudará a recordar todo.

## ESTRUCTURA DE LA SESIÓN

<b>Actividad de Inicio:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Esta consiste en la recepción, la presentación de todos, el establecimiento de una relación profesional de ayuda, identificación, recoger expectativas y aclarar el objetivo de esta sesión.</li><li>• Las actividades de inicio son muy variadas y a continuación se dan muchos ejemplos. Usted puede elegir la que más le guste e ir mejorándolas de acuerdo a su experiencia.</li><li>• Haga firmar la hoja de asistencia siempre para su registro. Demora unos 15 a 20 minutos</li></ul>
<b>Desarrollo:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• En esta parte usted debe tener claro el tema a tratar y la dinámica. Es la parte más larga de la sesión y dura aproximadamente 80 minutos.</li><li>• Es muy importante que la o el Facilitador esté observando estas actividades para brindar la retroalimentación en forma oportuna</li></ul>
<b>Actividad de Cierre:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Esta parte consiste en la síntesis o resumen del desarrollo de la sesión y en una ronda de evaluación verbal de los participantes</li><li>• Es importante preparar con anticipación las preguntas para la evaluación</li><li>• Si creen que pueden tener alguna dificultad para poner en práctica lo aprendido y se comenta las posibles formas de superar esas dificultades.</li><li>• El Facilitador señala las tareas que los capacitados deben realizar durante la Fase Aplicativa, serán actividades, compromisos, visitas o tareas.</li><li>• Retroalimentación y Evaluación.</li></ul>



# Módulo 2



## Módulo 2. **Cuidado pre Embarazo y Detección de Riesgo**

### Contenido temático

- Salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de genero
- Objetivo de la atención preconcepcional
- Marco legal de la atención preconcepcional
- Principales causas de riesgo preconcepcional en Hidalgo
- Consulta preconcepcional y autocuidado e Inmunizaciones
- Violencia asociada a la sexualidad y la reproducción
- Primer nivel: Atención básica, prevención y promoción para el cuidado preconcepcional
- Modelo de atención del cuidado preconcepcional
- Intervenciones efectivas para mejorar la atención preconcepcional y reducir riesgo reproductivo
- Importancia de identificar la necesidad de asistencia médica, apoyo o derivación de la mujer a otro nivel de atención
- Acciones para implementar en servicios de salud enfocadas a la comunidad
- Redes de apoyo comunitario
- Referencia y traslado de pacientes a los servicios de salud

## **Salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género**

La salud integral, el ejercicio y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos son elementos esenciales para el desarrollo, en conformidad con la agenda internacional de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030.

La salud sexual y la salud reproductiva constituyen un ámbito fundamental de la salud pública, entre otros aspectos, debido a su relación con los índices de desarrollo humano de las poblaciones, reflejados en indicadores altamente sensibles a las desigualdades sociales.

En el ámbito de la salud la perspectiva de género se refiere a la necesidad de reconocer las diferencias entre hombres y mujeres, de forma que los resultados y los riesgos sanitarios pueden ser diferentes. Hasta hace poco tiempo la salud pública, en el caso de las mujeres, se enfocaba en el embarazo y el parto, pero es necesario un punto de vista más amplio, de forma que se cuide la salud de la mujer en todo momento. Por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares afectan a muchas mujeres, pero no se reconoce esta situación y los diagnósticos y tratamientos se retrasan.

Aunque la igualdad de género está protegida por diversos tratados e instrumentos internacionales, siguen existiendo importantes desigualdades entre hombres y mujeres. Con frecuencia las niñas y las mujeres sufren discriminación en la salud, la educación, la representación política o el mercado laboral, y esa discriminación tiene efectos negativos en su vida.

Las principales acciones incluidas en los servicios de salud sexual y reproductiva están orientadas a la prevención, educación y promoción, y forman parte del desarrollo integral de la persona.

## **PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECIFICO 2020 - 2024**

- Salud sexual y reproductiva en la adolescencia
- Anticoncepción, planificación familiar y salud sexual
- Salud materna
- Salud perinatal
- Aborto seguro
- Violencia de género

## **INTERCULTURALIDAD Y ENFOQUE DE POBLACIÓN**

- Modelo de Atención Integral a la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (MAISSRA)<sup>108</sup>.
- Modelo de Atención Intercultural en Salud para Pueblos Indígenas y Afrodescendientes (MAISPIA)
- Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante
- Cartilla de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad.
- Protocolo para el Acceso sin Discriminación a la Prestación de Servicios de Atención Médica de las Personas Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual (LGBTTTI) y Guías de Atención Específicas.

## Objetivos de la atención preconcepcional

Como atención pregestacional se entienden las intervenciones que permiten identificar y modificar riesgos biomédicos, conductuales, socioculturales y ambientales de la salud de la mujer y prevenir y manejar en forma integral con resultados perinatales favorables, debe ocurrir antes del primer embarazo y entre los embarazos consecutivos.

<b>Objetivo General</b>	Asegurar que la mujer obtenga el mejor estado de salud posible antes del inicio de la gestación y promover su salud y la salud de su futura descendencia. Estandarizar el proceso de atención de toda mujer en la etapa pregestacional, con especial atención en los grupos con mayor vulnerabilidad.
<b>Objetivos Específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Establecer acciones para promocionar estilos de vida saludable dirigida a mujeres y sus parejas en edad fértil, especialmente a las pertenecientes a los grupos de mayor vulnerabilidad.</li><li>• Definir estrategias y acciones prioritarias para coadyuvar a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna en las mujeres que se identifican en estos grupos vulnerables.</li><li>• Consolidar el sistema de referencia y contra referencia de las mujeres identificadas como pertenecientes a estos grupos de vulnerabilidad aumentada en el proceso de la atención pregestacional</li></ul>

# Marco Legal de la Atención Preconcepcional

---

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Artículo 1º Reconoce los derechos humanos y garantías individuales, así como en los tratados internacionales, siguiendo los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, y prohíbe toda forma de discriminación.

El Artículo 4º señala, entre otros aspectos, la igualdad entre mujeres y varones para decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos; el derecho a la salud y a la protección de la salud a partir de un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

---

## MARCO LEGAL

Leyes	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ley general de Desarrollo social</li><li>• Ley general de Salud</li><li>• Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes</li><li>• Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia</li><li>• Ley General de Víctimas</li></ul>
Tratados	<ul style="list-style-type: none"><li>• Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).</li><li>• Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas Discriminación Racial.</li><li>• Convenio Constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe.</li><li>• Convenio Internacional del Trabajo Número 169 sobre Pueblos Indígenas y</li><li>• Tribales en Países Independientes.</li><li>• Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.</li><li>• Convención sobre los Derechos del Niño.</li><li>• Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.</li><li>• Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.</li></ul>

## MARCO LEGAL

Reglamentos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (Última Reforma DOF 17-07-2018)</li><li>• Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Última Reforma DOF 02-04-2014)</li><li>• Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud (Última Reforma DOF 17-12-2014)</li><li>• Reglamento de la Ley General de Víctimas (DOF 28-11-2014)</li><li>• Reglamento de la Ley General de Población (Última Reforma DOF 28-09-2012)</li><li>• Reglamento de la Ley General de los derechos de niñas, niños y adolescentes (DOF 02-12-2015)</li><li>• Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Última Reforma DOF 14-03-2014)</li><li>• Reglamento de la Ley de Migración (Última Reforma DOF 23-05-2014) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos (Última Reforma DOF 26-03-2014)</li></ul>
-------------	---

### Normas Oficiales Mexicanas

Las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con la salud sexual y reproductiva son instrumentos fundamentales para guiar la prestación de servicios y asegurar su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, como ejes esenciales del derecho a la salud:

## **NORMAS OFICIALES MEXICANAS RELACIONADAS CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-005- SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar (Modificada). Publicada D.O.F. 21- 01-2004.
- Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, para la prevención y control de la tuberculosis.
- Norma Oficial Mexicana NOM- 007- SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.
- Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH.
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2- 2009, para la prevención tratamiento y control de las adicciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
- Norma Oficial Mexicana NOM -031- SSA2-1999, para la Atención a la Salud del Niño.
- Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2014, para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.
- Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, para la prevención y control de los defectos al nacimiento.



## **NORMAS OFICIALES MEXICANAS RELACIONADAS CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (CONTINUACIÓN)**

- Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.
- Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, para la prevención de las infecciones de transmisión sexual.
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
- Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- NOM-047-SSA2-2014. Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad.
- Lineamientos 2016 para el personal operativo de la estrategia nacional para la prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes, en el primer nivel de atención.
- Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia.
- Lineamiento Técnico Diabetes y Embarazo. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México. 2017.
- Lineamiento Técnico de Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. México. 2009

## **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA.**

5.2.1.15 Promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo atendiendo al siguiente calendario:

- 1<sup>a</sup> consulta: entre las 6 - 8 semanas;
- 2<sup>a</sup> consulta: entre 10 - 13.6 semanas;
- 3<sup>a</sup> consulta: entre 16 - 18 semanas;
- 4<sup>a</sup> consulta: 22 semanas;
- 5<sup>a</sup> consulta: 28 semanas;
- 6<sup>a</sup> consulta: 32 semanas;
- 7<sup>a</sup> consulta: 36 semanas; y
- 8<sup>a</sup> consulta: entre 38 - 41semanas.

5.2.1.12 Aplicar la primera dosis de toxoide antitetánico preferentemente antes de la semana 14 y la segunda, entre 4 y 8 semanas después de la primera aplicación.

5.2.1.13 Para prevenir defectos del tubo neural, es importante prescribir 0.4 mg de ácido fólico y micronutrientes desde el periodo, mínimo tres meses previos a la primera consulta y durante todo el embarazo.

## **Principales causas de riesgo preconcepcional en Hidalgo**

La hemorragia y la hipertensión en conjunto representan más de la mitad de las muertes maternas, independientemente del sitio o la duración del embarazo, por cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo, su manejo, sepsis y el aborto inseguro. Las causas indirectas, incluyendo muertes debidas a condiciones tales como las neoplasias, padecimientos cardiacos, enfermedades crónicas, tuberculosis, etc. Por otro lado, tenemos parejas con factores reproductivos de riesgo y las personas con riesgos genéticos preexistentes, condiciones genéticas como la talasemia o condiciones de salud como la diabetes o la epilepsia necesitarán intervenciones adaptadas a sus necesidades individuales, para darles atención pregestacional.

## **Consulta preconcepcional y autocuidado e Inmunizaciones**

**Atención preconcepcional:** provisión de intervenciones biomédicas, conductuales y de salud social a las mujeres y parejas antes de que ocurra la gestación, destinado a mejorar su estado de salud y comportamientos que reducen los factores individuales y ambientales que podrían contribuir a resultados deficientes en la salud materna e infantil

**Riesgo reproductivo:** es la probabilidad que tienen tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial de experimentar enfermedad, lesión o muerte, en caso de presentarse un embarazo

**Objetivo:** Asegurar que la mujer obtenga el mejor estado de salud posible antes del inicio de la gestación y promover su salud y la salud de su futura descendencia. La atención pregestacional, debe ocurrir antes del primer embarazo y entre los embarazos consecutivos.

## **LA ATENCIÓN PREGESTACIONAL SE DEBERÁ FOCALIZAR EN CINCO GRUPOS ESPECÍFICOS:**

- Mujer/hombre con antecedente de padecer patología crónica órgano-funcional, independientemente del origen de la misma, sea congénita o adquirida.
- Mujer/ hombre con antecedente de padecer patología crónica infecciosa, especialmente los grupos relacionados con su transmisión vertical o con las repercusiones sistémicas que afectan a la madre y pueden condicionar resultados fatales durante la gestación.
- Mujer con antecedente de haber padecido patología en embarazos previos, etiquetada como morbilidad materna extrema, de acuerdo a la clasificación internacional y al catálogo del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Severa (SIVEMMS).
- Mujer con antecedente de factores de riesgo sociales identificados durante su vigilancia en cualquier tipo de contacto con el sistema de salud.
- Mujer con antecedentes obstétricos de riesgo, independientes de los antecedentes de morbilidad materna extrema: dos o más cesáreas, dos o más abortos, periodo intergenésico de menos dos años con antecedente de cesárea anterior, mayor de 35 años y menor de 15 años.

## **ACTIVIDADES EN LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL**

- Aplicación del instrumento para valoración de riesgo pregestacional
- Pruebas de tamizaje.
- Toma y registro de peso, talla y medición de cintura para el cálculo de índice de masa corporal y valoración de estado nutricional.
- Toma y registro de signos vitales frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y tensión arterial.
- Solicitar cartilla nacional de vacunación de acuerdo a grupo étnico para identificar aquellas vacunas que de acuerdo a edad le sean requeridas y en caso de no contar con esquema completo se llevará a cabo la aplicación, orientando sobre las reacciones que pudieran presentarse, se le expedirá el documento de no contar con ello.
- Determinación de las condiciones de los factores de riesgo.  
Manejo médico de los factores identificados sin control adecuado.
- Vigilancia del control de los factores de riesgo.
- Asesoría-consejería en metodología anticonceptiva.
- Integrar a grupos de apoyo específicos.
- Establecimiento de redes sociales que permitan el acompañamiento para cumplir con las metas terapéuticas.

## **ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE ACUERDO A LO IDENTIFICADO**

- Orientar sobre la importancia de la alimentación saludable (plato del buen comer y jarra del buen beber) y la práctica del ejercicio físico sistemático.
- Orientación sobre la ingesta de ácido fólico.
- Orientación sobre métodos de planificación familiar.
- En caso de presentar alguna patología: obesidad, hipertensión, diabetes, se realizarán las recomendaciones de acuerdo a patología y se mantendrán en grupos cautivos.
- Orientación sobre actitudes y prácticas responsables y seguras respecto a su salud sexual y reproductiva.
- Orientación sobre infecciones de transmisión sexual.
- Orientación sobre la denuncia oportuna y manejo de violencia física, psicológica o sexual.
- Orientación sobre signos y síntomas de depresión.
- Orientación sobre los riesgos del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Orientación sobre la toma oportuna de citología vaginal y revisión de mamas.
- Orientación sobre la importancia de acudir a consulta de odontología.

## **Violencia asociada a la sexualidad y la reproducción**

**Violencia contra niñas, adolescentes y mujeres (NAM)** Es todo acto de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

**Violencia contra la mujer:** Cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

Así se considera a la que pueda producirse:

- En la familia o unidad doméstica o cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual
- En la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona, comprendiendo entre otras formas de violencia, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud u otro lugar
- Por el Estado o sus agentes (servidores públicos) dondequiera que ocurra o la que sea tolerada por los mismos.

Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia considera los diferentes tipos de violencia:

- Violencia física
- Violencia sexual
- Violencia psicológica
- Violencia patrimonial
- Violencia económica

## **DERECHOS VULNERADOS CON LA VIOLENCIA**

- Una vida libre de violencia: ser libre de toda forma de discriminación y el derecho a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamientos y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad y subordinación.
- Libertad sexual y reproductiva: el derecho a decidir cuándo y cuántos hijos tener: la imposición de un método anticonceptivo sin consentimiento de la mujer implica una vulneración a este derecho pues afecta su posibilidad de tomar decisiones en su vida sexual y reproductiva
- Integridad física: la esterilización involuntaria o forzosa es una práctica que consiste en el uso del método de control médico de la fertilidad denominado anticoncepción quirúrgica sin contar con el consentimiento de la mujer.
- El derecho a la vida: en los casos de muerte producidas como resultado de la omisión intervenciones o de complicaciones que no hubieran sido atendidas con la diligencia debida
- Salud sexual: Que constituye un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, y no simplemente la ausencia de afecciones, disfunciones o enfermedades; la salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de gozar de experiencias sexuales seguras, exentas de coacción, discriminación y violencia
- La violación sexual entraña una violación a la autodeterminación sexual de la mujer y también a su capacidad reproductiva por el riesgo de un embarazo que ésta conlleva.
- Igualdad y no discriminación: No excluir a las mujeres casadas de la protección contra la violencia sexual en el matrimonio y, de otro lado, al otorgarles a los cónyuges la prerrogativa marital de atentar sexualmente contra sus parejas.



**Violencia sexual** (OMS): “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”

**Violación sexual:** Quien con violencia o grave amenaza, obliga a una persona a tener acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o realizando actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías.

**CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA Y LA COACCIÓN SEXUALES PARA LA SALUD DE LAS MUJERES**

Salud Reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatismo ginecológico</li> <li>• Embarazo no planeado</li> <li>• Aborto inseguro</li> <li>• Disfunción sexual</li> <li>• Infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH</li> <li>• Fístula traumática</li> </ul>
Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Trastorno por estrés postraumático</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Dificultades del sueño</li> <li>• Síntomas somáticos</li> <li>• Comportamiento suicida</li> <li>• Trastorno de pánico</li> </ul>

## **CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA Y LA COACCIÓN SEXUALES PARA LA SALUD DE LAS MUJERES (CONTINUACIÓN)**

Conductuales	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comportamiento de alto riesgo (por ejemplo, relaciones sexuales sin protección, iniciación sexual consensual temprana.</li><li>• Múltiples compañeros íntimos.</li><li>• Abuso del alcohol y otras drogas).</li><li>• Riesgo mayor de perpetrar (los hombres) o de sufrir (las mujeres) violencia sexual posteriormente.</li></ul>
Resultados Mortales	<ul style="list-style-type: none"><li>• Muerte por suicidio</li><li>• Complicaciones del embarazo</li><li>• Aborto inseguro</li><li>• Síndrome de inmunodeficiencia adquirida</li><li>• Asesinato durante la violación</li><li>• Infanticidio de un niño nacido como resultado de una violación</li></ul>

## **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD Y MEDICO JURÍDICOS INTEGRALES A LAS VÍCTIMAS SUPERVIVIENTES DE VIOLACIÓN**

- Apoyo psicológico (y referencia a instituciones para recibir atención de salud mental, de ser necesario),
- Anticoncepción de emergencia.
- Tratamiento y profilaxis de enfermedades de transmisión sexual.
- Profilaxis para la infección por el VIH, cuando corresponda, información sobre abortos seguros.
- Un examen Médico con acompañamiento de profesionales.

**Violencia obstétrica** es aquella ejercida por las y los profesionales de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Se manifiesta de distintas maneras, incluyendo malos tratos, humillaciones, insultos, amenazas, en algunos casos golpes; negación o rechazo para el acceso a servicios, el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, entre otras formas de discriminación y desvalorización del embarazo y el parto.

En cualquier caso de violencia familiar o sexual, todas las autoridades del sector salud deberán garantizar el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana **NOM046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres.** Criterios para la prevención y atención.

**Primer nivel: Atención básica, prevención y promoción para el cuidado preconcepcional**

Como parte de la estrategia para la implementación, se han estructurado tres medidas de intervención, descritas en el lineamiento técnico de Atención pregestacional de la secretaria de Salud que deberán estar alineadas a los objetivos planteados por el Centro Nacional de Equidad de género y Salud Reproductiva (CNEGSR). Las cuales son de predominantes para el trabajo en el primer nivel de atención.

<b>MEDIDAS DE INTERVENCIÓN</b>	<b>LÍNEAS DE ACCIÓN</b>
Información, Educación y Comunicación (IEC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de estilos de vida saludables</li> <li>• Enfoque a grupos de mayor vulnerabilidad</li> <li>• Apoyo y compromiso social</li> <li>• Participación ciudadana e intersectorial</li> <li>• Diseño y elaboración del diagnóstico de las audiencias Medios de abordaje y sostenibilidad</li> <li>• Ejes básicos: Información, Educación y Comunicación</li> </ul>

<b>MEDIDAS DE INTERVENCIÓN</b>	<b>LÍNEAS DE ACCIÓN</b>
<p>Información, Educación y Comunicación (IEC)</p> <p>CONTINUACIÓN</p>	<p><b>Población Objetivo:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mujer/hombre con antecedente de padecer patología crónica órgano funcional</li> <li>2. Mujer/hombre con antecedente de padecer patología crónica infecciosa</li> <li>3. Mujer con antecedente de haber padecido patología en embarazos previos, etiquetada como morbilidad materna extrema</li> <li>4. Mujer con antecedente de factores de riesgo sociales identificados durante su vigilancia en cualquier tipo de contacto con el sistema de salud</li> <li>5. Mujer con antecedentes obstétricos de riesgo.</li> </ol>
<p>Capacitación Institucional al Personal de Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilización: Dirigida al cuerpo directivo de la alta gerencia, y al personal en general que están involucrados con los servicios que tienen que ver con la focalización mencionada de los grupos vulnerables a trabajar</li> <li>• Capacitación intermedia: Dirigida al personal operativo de las áreas o servicios de apoyo, involucrados en la atención médica, puede ser personal de áreas que otorgan servicio a las pacientes.</li> <li>• Capacitación operativa: Dirigida al personal operativo de las áreas específicas de atención a las mujeres con los supuestos mencionados.</li> </ul>

<b>MEDIDAS DE INTERVENCIÓN</b>	<b>LÍNEAS DE ACCIÓN</b>
Instrumentación Aplicativa	PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamizaje y clasificación</li> <li>• Control de factores de riesgo</li> <li>• Referencia</li> </ul>

## **ACTIVIDADES DE PARTERÍA PARA LA ATENCIÓN PREGESTACIONAL EN ENLACE CON EL PERSONAL DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

<p>COMPETENCIA # 1:</p> <p>Las matronas tienen el conocimiento y las destrezas requeridas, de obstetricia, neonatología, ciencias sociales, salud pública y ética, que constituyen la base del cuidado de alta calidad, relevante desde el punto de vista cultural, apropiado para mujeres, recién nacidos y familias en edad fértil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoce los factores comunitarios y sociales que determinan la salud (ej., ingresos, alfabetismo y educación, agua potable y saneamiento, vivienda, riesgos medioambientales, seguridad alimentaria, patrones de enfermedades, amenazas comunes para la salud.</li> <li>• Los principios para el cuidado primario con base comunitaria, mediante el uso de estrategias de promoción de la salud y la prevención y control de enfermedades.</li> <li>• Las causas directas e indirectas de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal en la comunidad local y las estrategias para reducirlas.</li> <li>• Metodología para informar de muertes maternas y cuasi incidentes.</li> <li>• La importancia de participar en el diagnóstico comunitario (incluyendo agua y saneamiento) y cómo utilizarlos en el suministro de los servicios de salud.</li> <li>• Métodos de prevención y control de infecciones, apropiados al servicio que se presta.</li> </ul>
---	--

## **ACTIVIDADES DE PARTERÍA PARA LA ATENCIÓN PREGESTACIONAL EN ENLACE CON EL PERSONAL DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (CONTINUACIÓN)**

### **COMPETENCIA # 1:**

Las matronas tienen el conocimiento y las destrezas requeridas, de obstetricia, neonatología, ciencias sociales, salud pública y ética, que constituyen la base del cuidado de alta calidad, relevante desde el punto de vista cultural, apropiado para mujeres, recién nacidos y familias en edad fértil.

- Principios de la educación para la salud.
- Conocimiento de los Servicios de salud nacionales y locales e infraestructuras que apoyan la continuidad de los servicios (organización y sistemas de derivación de pacientes) y cómo acceder a los recursos necesarios para los cuidados de partería.
- Conocimientos de cómo ayudar a los miembros de la comunidad a obtener acceso a servicios, como la inmunización y la prevención o tratamiento de las condiciones de salud que prevalecen en su comunidad (programas nacionales relevantes ).
- El concepto de alarma (preparación), recursos para la derivación a centros de salud más alto, mecanismos de comunicación y transporte a los servicios de urgencia.
- Conocen el Marco legal y reglamentario que gobierna la salud reproductiva de las mujeres de todas las edades, incluyendo leyes, políticas, protocolos y directrices.
- Los derechos humanos y sus efectos en la salud de las personas (incluyendo asuntos como la violencia doméstica por parte del cónyuge y la mutilación genital femenina).
- Conocimiento de estadísticas vitales de su comunidad.
- Conocimiento de Indicadores de calidad de los servicios de salud.
- Las estrategias para la promoción de la causa y el empoderamiento de las mujeres.
- Conoce la cultura y las creencias locales (incluyendo creencias religiosas, el papel del género)

## **ACTIVIDADES DE PARTERÍA PARA LA ATENCIÓN PREGESTACIONAL EN ENLACE CON EL PERSONAL DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (CONTINUACIÓN II)**

### **COMPETENCIA # 1:**

Las matronas tienen el conocimiento y las destrezas requeridas, de obstetricia, neonatología, ciencias sociales, salud pública y ética, que constituyen la base del cuidado de alta calidad, relevante desde el punto de vista cultural, apropiado para mujeres, recién nacidos y familias en edad fértil.

- Conoce las Prácticas de salud tradicional y moderna (beneficiosa y perjudicial).
- Conoce los beneficios y los riesgos de los entornos de parto disponibles (plan de parto).
- Conoce y aplica las estrategias para la promoción de la causa de una variedad de entornos de parto seguros.
- Utiliza precauciones universales / estándar, prevención de infecciones y estrategias de control y técnicas limpias.
- Tiene respeto por las personas, así como de sus culturas y costumbres, sea cual sea su condición social, origen étnico o creencia religiosa.
- Mantiene la confidencialidad de toda la información facilitada por la mujer; comunica información esencial a otros proveedores de salud o miembros de la familia, sólo con el permiso explícito de la mujer y por una necesidad imperante.
- Trabaja conjuntamente con las mujeres y sus familias, las posibilita y apoya para que tomen decisiones informadas sobre su salud, incluyendo la necesidad de su derivación o traslado a otro proveedor de salud o centro asistencial para cuidados continuos cuando la necesidad de atención médica excede las habilidades de la Partera y su derecho a rehusar que se le hagan pruebas o una intervención.
- Trabaja en colaboración (trabajo en equipo) con otros trabajadores de salud, para mejorar el suministro de servicios a las mujeres y sus familias

## ACTIVIDADES DE PARTERÍA PARA LA ATENCIÓN PREGESTACIONAL EN ENLACE CON EL PERSONAL DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

### COMPETENCIA # 2

Las Parteras suministran a todos en la comunidad educación en salud y servicios de alta calidad, culturalmente sensitivos, para promover la vida familiar saludable, los embarazos planificados y la crianza positiva de los niños.

- Aportar elementos para una historia clínica y obstétrica, ginecológica y de salud reproductiva.
- Involucrar a la mujer y su familia en consejería pre-embarazo, en base a la situación individual, las necesidades e intereses.
- Realizar un examen físico, incluyendo un examen clínico de los pechos, enfocado en la condición que presenta la mujer.
- Canalizar a las usuarias al servicio médico para la toma, realización e interpretar pruebas básicas de laboratorio (ej., hematócrito); así como pruebas selectas de detección precoz, como las pruebas de TBC, VIH, ITS.
- Realizar e interpretar análisis de orina con tira reactiva por proteinuria.
- Proveer asistencia, apoyo y derivación al tratamiento a la mujer seropositiva y ofrecer consejería en materia de VIH y apoyar en la referencia para sus pruebas a las mujeres que no conocen su estado serológico.
- Recetar, dispensar, suministrar o administrar (en la forma en que esté autorizado en la jurisdicción de la práctica) métodos de planificación familiar disponibles en la localidad y aceptados culturalmente.
- Aconsejar a las mujeres sobre el manejo de los efectos secundarios y los problemas con el uso de los métodos de planificación familiar.
- Recetar, dispensar, suministrar o administrar (en la forma en que esté autorizado en la jurisdicción de la práctica) contraceptivos de emergencia, de acuerdo con las políticas, protocolos, leyes o regulaciones locales.
- Proporcionar métodos de planificación familiar de barrera, hormonal, mecánicos y químicos comúnmente disponibles.
- Hacer o derivar para su realización de la prueba de citología cervical.



# Modelo de atención del cuidado preconcepcional e Intervenciones efectivas para mejorar la atención preconcepcional y reducir riesgo reproductivo.

**OBJETIVO PRIORITARIO 1: IMPULSAR EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE, A TRAVÉS DE ACCIONES ESPECÍFICAS DE INFORMACIÓN, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA.**

<b>ACCIONES</b>	
<p><b>Estrategia Prioritaria 1.1</b></p> <p>Generar entornos comunitarios propicios para favorecer el ejercicio de los derechos y la salud sexual y reproductiva de la población adolescente.</p>	<p>1.1.1 Promover el ejercicio de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos de la población adolescente, mediante acciones de información y comunicación.</p> <p>1.1.2 Contribuir en el desarrollo de estrategias de educación integral en sexualidad dirigidas a adolescentes, personal docente, madres, padres y/o tutores y otros actores comunitarios.</p> <p>1.1.3 Impulsar la participación juvenil en la formulación de acciones e intervenciones comunitarias en materia de salud sexual y reproductiva, mediante procesos de consulta y formación de líderes y promotores voluntarios.</p> <p>1.1.4 Fomentar la corresponsabilidad de la población masculina en la prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual, mediante acciones de información, sensibilización, promoción de estilos de vida saludables y acceso a servicios para adolescentes.</p> <p>1.1.5 Focalizar intervenciones dirigidas a la población adolescente de áreas rurales e indígenas para la atención en salud sexual y reproductiva.</p>

**OBJETIVO PRIORITARIO 2: FAVORECER EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD ELEGIDA, PROTEGIDA Y SALUDABLE A TRAVÉS DE ACCIONES DE ANTICONCEPCIÓN, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA EN SALUD SEXUAL.**

	<b>ACCIONES</b>
<p><b>Estrategia Prioritaria 2.1</b></p> <p>Garantizar el acceso universal a información y servicios de planificación familiar y anticoncepción.</p>	<p>2.1.1 Favorecer el ejercicio de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, a través de acciones de información, educación y comunicación en materia de anticoncepción y planificación familiar.</p> <p>2.1.2 Desarrollar e implementar estrategias locales y dirigidas para atender las necesidades específicas de los diversos grupos de población en materia de anticoncepción y planificación familiar.</p> <p>2.1.3 Promover el uso del condón masculino, del condón femenino y/o el esquema de doble protección para la prevención del embarazo y las infecciones de transmisión sexual.</p> <p>2.1.4 Fortalecer la prestación de servicios de anticoncepción y planificación familiar entre la población migrante en coordinación con las instancias correspondientes.</p> <p>2.1.5 Incentivar la participación de la población masculina en los servicios de anticoncepción y planificación familiar y en el autocuidado de su salud sexual y reproductiva, mediante acciones de información y promoción de la salud.</p>

**OBJETIVO PRIORITARIO 2: FAVORECER EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD ELEGIDA, PROTEGIDA Y SALUDABLE A TRAVÉS DE ACCIONES DE ANTICONCEPCIÓN, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA EN SALUD SEXUAL. (CONTINUACIÓN II)**

	<b>ACCIONES</b>
<p><b>Estrategia Prioritaria 2.2</b></p> <p>Fortalecer la capacidad técnica y ampliar la disponibilidad de servicios para atender las necesidades de anticoncepción y planificación familiar de la población en general.</p>	<p>2.2.1 Favorecer la consejería y la atención integral de usuarias y usuarios de métodos anticonceptivos, mediante la difusión de lineamientos y criterios médicos de elegibilidad.</p> <p>2.2.2 Impulsar la actualización y formación continua de los profesionales de salud en materia de planificación familiar y anticoncepción, mediante programas de capacitación con evidencia científica.</p> <p>2.2.3 Asegurar la disponibilidad continua y suficiente de anticonceptivos modernos, en todas las instituciones públicas de salud.</p> <p>2.2.4 Incrementar la cobertura y calidad de los servicios de anticoncepción post-evento obstétrico, mediante estrategias de monitoreo, con énfasis en hospitales con alta demanda de atención.</p> <p>2.2.5 Incrementar la continuidad de las usuarias de métodos reversibles de acción prolongada, mediante consejería y consultas de seguimiento.</p> <p>2.2.6 Realizar acciones intensivas de prestación de servicios de planificación familiar y anticoncepción dirigidos a la población masculina.</p> <p>2.2.7 Incrementar la oferta de servicios de vasectomía sin bisturí en unidades médicas de atención primaria en todas las instituciones del sector salud.</p>

**OBJETIVO PRIORITARIO 2: FAVORECER EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD ELEGIDA, PROTEGIDA Y SALUDABLE A TRAVÉS DE ACCIONES DE ANTICONCEPCIÓN, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA EN SALUD SEXUAL. (CONTINUACIÓN III)**

<b>ACCIONES</b>	
<b>Estrategia Prioritaria 2.3</b>  Implementar acciones de información y orientación para la detección oportuna de condiciones o patologías con efectos potenciales en la salud sexual y reproductiva, en coordinación con las instituciones y unidades administrativas correspondientes	<p>2.3.1 Contribuir con las acciones de prevención, detección oportuna y referencia de cánceres reproductivos, a través de la información en los servicios de salud sexual y reproductiva.</p> <p>2.3.2 Elaborar e implementar protocolos para la identificación temprana y referencia oportuna de personas con problemas de salud sexual, infertilidad o disfunciones sexuales.</p> <p>2.3.3 Promover el autocuidado y la identificación oportuna de anomalías relacionadas con la salud menstrual, mediante la información otorgada en los servicios de salud sexual y reproductiva.</p> <p>2.3.4 Promover la coordinación interinstitucional y con las unidades administrativas correspondientes, para incrementar servicios de planificación familiar y anticoncepción para mujeres en edad fértil, con riesgo reproductivo alto.</p> <p>2.3.5 Impulsar la atención integral de las mujeres durante la etapa del climaterio y la perimenopausia.</p>

**OBJETIVO PRIORITARIO 3: INCREMENTAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN OPORTUNA, INTEGRAL Y SEGURA DE LA SALUD MATERNA, DESDE LA ETAPA PREGESTACIONAL HASTA EL PUERPERIO.**

<p><b>Estrategia Prioritaria 3.1</b></p> <p>Incrementar el acceso a información y las estrategias de promoción para mejorar la salud materna y la detección de riesgos.</p>	<p align="center"><b>ACCIONES</b></p> <p>3.1.1 Generar intervenciones de información, educación y comunicación sobre los beneficios de la atención pregestacional, el control prenatal, la participación corresponsable de la pareja y el acompañamiento para un embarazo saludable.</p> <p>3.1.2 Fortalecer las intervenciones comunitarias para coadyuvar en la mejora de la salud materna, a través de la participación y diálogo con parteras tradicionales, promotoras(es), traductoras(es), líderes de la comunidad y representantes de la sociedad civil.</p> <p>3.1.3 Promover la importancia de la atención oportuna en mujeres embarazadas con datos de alarma, mediante acciones de información y promoción de la salud.</p>
<p><b>Estrategia Prioritaria 3.2</b></p> <p>Fortalecer la atención integral de la salud materna para garantizar la capacidad técnica y buen trato en unidades de salud.</p>	<p align="center"><b>ACCIONES</b></p> <p>3.1.1 Generar intervenciones de información, educación y comunicación sobre los beneficios de la atención pregestacional, el control prenatal, la participación corresponsable de la pareja y el acompañamiento para un embarazo saludable.</p> <p>3.1.2 Fortalecer las intervenciones comunitarias para coadyuvar en la mejora de la salud materna, a través de la participación y diálogo con parteras tradicionales, promotoras(es), traductoras(es), líderes de la comunidad y representantes de la sociedad civil.</p> <p>3.1.3 Promover la importancia de la atención oportuna en mujeres embarazadas con datos de alarma, mediante acciones de información y promoción de la salud.</p>

**OBJETIVO PRIORITARIO 3: INCREMENTAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN OPORTUNA, INTEGRAL Y SEGURA DE LA SALUD MATERNA, DESDE LA ETAPA PREGESTACIONAL HASTA EL PUERPERIO.**

	<b>ACCIONES</b>
<p><b>Estrategia Prioritaria 3.3</b></p> <p>Impulsar acciones de mejora continua de la atención, vinculación y monitoreo, para acelerar el cumplimiento de metas nacionales en salud materna.</p>	<p>3. 3.1 Garantizar la atención integral del proceso reproductivo por personal calificado médico y no médico (partería profesional, enfermería obstétrica y perinatal), en las redes de servicios de salud.</p> <p>3.3.2 Fortalecer la referencia y contrarreferencia oportuna durante el embarazo, trabajo de parto y puerperio, por medio de la articulación de los diferentes niveles de atención.</p> <p>3.3.3 Favorecer la confirmación y seguimiento de los casos de mujeres embarazadas con prueba reactiva de VIH, mediante la referencia y coordinación con las unidades administrativas correspondientes.</p> <p>3.3.4 Garantizar la atención de la salud materna de mujeres migrantes o en contextos de desastres, por medio de la identificación y referencia oportuna.</p> <p>3.3.6 Garantizar el estudio y seguimiento de la morbilidad y mortalidad materna, mediante el análisis y vigilancia del cumplimiento a las recomendaciones emitidas en los comités correspondientes.</p>

# Importancia de identificar la necesidad de asistencia médica, apoyo o derivación de la mujer a otro nivel de atención

Actualmente, se estima que aproximadamente 15% de las mujeres embarazadas presenta alguna patología agregada con riesgo para su vida y la del producto de la gestación, por lo que requerirá cuidado obstétrico calificado.

Si la partera observa que la embarazada amerita traslado, debe de coordinar con las autoridades comunales, las comisiones de salud comunitaria y el personal de los servicios de salud para garantizar que la mujer embarazada, puérpera, en proceso de aborto o el recién nacido lleguen a la unidad de salud de mayor resolución. Se recomienda que la partera acompañe al usuario a la unidad de salud de mayor resolución.

En México el Modelo de Atención Primaria de Salud integral-Integrada (APS IMx), inicia desde el primer contacto con la persona para la prevención y promoción para conservar la salud y una vez que la condición de salud lo requiere, continua con la asistencia ambulatoria primaria del Primer Nivel de Atención, para aumentar la complejidad y especialización de la atención a la condición de salud que requiere la persona.

Para garantizar el acceso y continuidad de la atención es imperativo el trabajo coordinado e integral de la comunidad y del sector salud, así como contar con las redes y la participación constante de los agentes de salud. Por ello es imprescindible para la partera conocer la existencia y funcionamiento de estos modelos de atención.



## **PUNTOS PARA LA REFERENCIA DE PACIENTES DE PRIMER CONTACTO A LOS SERVICIOS DE SALUD**

- Mejor acceso a servicios de mayor complejidad
- Uso racional y eficiente de los recursos disponibles para el sector
- Diagnósticos oportunos y tratamientos precoces para mejorar la condición de salud de las personas con los servicios recibidos
- Atención Médica continúa desde la detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, control y rehabilitación que las personas requieren para la protección de la salud.

Se debe referir a un servicio de **Urgencias** ante la manifestación grave o intensa de una enfermedad aguda o cuando hay factores repentinos que ponen en peligro la vida o que pueden provocar daños irreversibles si no se atienden rápidamente

**Urgencia real:** En el Reglamento de la Ley General de Salud (Artículo 37) se establece como toda condición médica de instalación súbita que pone en riesgo la vida, un órgano o la función y que requiere de una atención inmediata.

**La urgencia o emergencia obstétrica:** aquel estado de salud que pone en peligro la vida de la mujer y/o al producto y que además requiere de atención médica y/o quirúrgica de manera inmediata. Estas incluyen:

- Infecciones **obstétricas** graves
- Hemorragias del embarazo parto y puerperio
- Complicaciones graves de los estados hipertensivos del embarazo
- Paro cardiorrespiratorio en la embarazada.



**Triage obstétrico:** protocolo de atención de primer contacto en emergencias obstétricas, el cual tiene como propósito clasificar la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria para preservar la vida del binomio o bien la viabilidad de un órgano dentro del lapso terapéutico establecido. Este sistema se ha adaptado para emplearse en el periodo perinatal (embarazo, parto y puerperio) y en cada contacto de la paciente con el personal de salud. Cuando una paciente es identificada con alguna complicación o emergencia se enlaza y se activa la ruta crítica para la vigilancia del embarazo (código mater).

**Referencia-contrarreferencia:** Procedimiento médico administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad en el marco del respeto a los derechos humanos y la interculturalidad de la población

## **Acciones para implementar en servicios de salud enfocadas a la comunidad**

La participación y organización comunitaria busca crear vínculos formales con las comunidades para que sean aprovechados los recursos disponibles y lograr entornos sanos para las personas, las familias e incluir la participación en la toma de decisiones.

Para la Atención Ambulatoria Primaria (primer nivel de atención), se establece la articulación en la jurisdicción Sanitaria considerándose las Unidades Médicas Móviles, las casas de salud Centros de Salud y los Centros de Salud con Servicios Ampliados y el primer contacto con los médicos y parteras tradicionales que atienden a las personas, familias y comunidades

## **SE CONTEMPLAN LAS SIGUIENTES ÁREAS DE INTERÉS:**

- Equipos multidisciplinarios de salud.
- Apoyo a las personas en la toma de decisiones basadas en evidencia para el fortalecer el autocuidado.
- Implementación de acciones de capacitación, educación y apoyo por parte de los equipos multidisciplinarios para desarrollar habilidades para identificar y resolver problemas, establecer metas y crear planes para mejorar la salud de la comunidad.
- Identificar a las organizaciones que otorgan atención a la salud en las comunidades.
- Identificar y promover vínculos con organizaciones sociales y culturales.
- Participación de la comunidad organizada a través de un comité electo en la toma de decisiones de creciente complejidad

## **Redes de apoyo comunitario**

**Red de Organizaciones Comunitarias en Salud.** Es el conjunto de organizaciones comunitarias en salud que permite la suma de esfuerzos para que la voz de éstas se pueda escuchar con más intensidad en la Jurisdicción Sanitaria y en los Hospitales donde se otorgan los servicios de salud. También es un espacio de encuentro, de aprendizaje, de apoyo mutuo, donde se planean acciones que puedan mejorar las condiciones de salud de la región y de comunidades; es una fuerza para poder negociar mayores beneficios ante las autoridades locales, municipales y estatales.

Dentro de este nuevo enfoque de redes, es importante contar con una estrategia desde los servicios de salud, para identificar la cultura local, las interrelaciones comunitarias, los vínculos y redes sociales, los diferentes actores, sus expectativas y necesidades, así como una estrategia para

su vinculación con la red de servicios y fortalecer las redes sociales comunitarias.

Por esta razón, se considera indispensable que la atención a la salud, se enmarque en un contexto comunitario de tal manera que se contemple la estructura de la red comunitaria que sostiene la salud del individuo.

## **REDES SOCIALES DE LA COMUNIDAD**

- Autoridades Locales y Municipales
- Maestros
- Grupos Religiosos
- Organizaciones Sociales
- Consejos de Ancianos
- Organizaciones Comunitarias
- Comités de Salud
- Auxiliares de Salud
- Terapeutas Tradicionales
- Parteras

La diferencia en el acceso a redes de apoyo entre mujeres de los pueblos originarios acentúa las condiciones de desigualdad en que se encuentran las primeras. Es probable que se trate de mujeres con menor nivel educativo, menores posibilidades de insertarse en el mercado laboral, fecundidad más alta, y con roles tradicionales más arraigados, factores que fortalecen el círculo de desigualdad y pobreza en el que se encuentran.

## **TIPOS DE APOYOS QUE BRINDAN LAS REDES**

- **Emocionales:** afectos, confianza, compañía, empatía, reconocimiento, escucha. Pueden ser a través de visitas, llamadas telefónicas, invitaciones, abrazos, etc.
- **Instrumentales:** Ayuda para transportarse, labores del hogar, hacer las compras, el cuidado o acompañamiento.
- **Cognitivos:** Intercambio de experiencias, información, consejos que permitan entender o recordar una situación, etc.
- **Materiales:** Dinero, alojamiento, comida, ropa, donaciones, etc.

## REDES DE APOYO COMUNITARIO

- **Coordinadores municipales:** El impacto con las autoridades municipales se facilitará sobremanera toda vez que haya explícitamente y de forma activa la participación de los servicios de salud de nivel jurisdiccional y estatal.
- **Plan de seguridad:** Para la atención del parto y de la urgencia obstétrica, implica el desarrollo de habilidades en las personas para visualizar diversos escenarios futuros, anticipar posibles problemas y ensayar soluciones factibles.
- **Madrina o padrino obstétrico:** Es una persona hombre o mujer que de manera voluntaria está dispuesta a acompañar y dar seguimiento al cuidado de la salud de una mujer (ahijada) durante su embarazo hasta el término del puerperio.
- **Apoyo social y de atención médica:** Hospitales con capacidad resolutive para dar respuesta a una emergencia obstétrica, los centros de salud que pueden atender partos normales, y quiénes son la personas de la comunidad a las que pueden acudir si necesita trasladar a la paciente obstétrica.
- **Club del embarazo:** Capacitación en el autocuidado de la paciente, en el embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida e invitan a las parejas y familiares a las sesiones educativas.
- **Transmisión de mensajes:** A través del perifoneo o la radio local, Elaboración de periódicos murales y Pintas de bardas
- **Comités locales de salud**
- **Ferias o desfiles de información en la comunidad**
- **Acciones para favorecer el traslado oportuno en transporte AME**
- **Posadas AME (Apoyo a la Mujer Embarazada)** Espacio físico ubicado cerca de un hospital con capacidad resolutive.

## Referencia y traslado de pacientes obstétricas a los servicios de salud

**Sistema de Referencia y Contrarreferencia:** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios

**Referencia:** Es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

**Contrarreferencia:** Es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió.

### REQUISITOS PARA UNA REFERENCIA:

- Solicitar el servicio.
- Si es enviado por alguna unidad de salud deberá presentar hoja de referencia.
- Una copia del acta de nacimiento
- Una copia del CURP
- Una copia de identificación oficial
- Una copia de comprobante de domicilio

## **¿QUÉ DICE LA NOM-007-SSA2-2016 EN CUANTO A LA REFERENCIA DE LA PACIENTE OBSTETRICA?**

5.3.1 Las actividades a realizar por parte del personal de salud en las consultas subsecuentes deben ser:

5.3.1.5 Realizar interpretación y valoración de los resultados de exámenes de laboratorio y estudios de gabinete solicitados en la entrevista previa. En caso de cualquier anomalía en los estudios, se debe referir a la paciente con el médico especialista de forma inmediata y en su caso, trasladar al servicio de atención obstétrica de urgencia.

5.3.1.12 Proporcionar información completa a la embarazada y a sus familiares, sobre signos y síntomas de alarma que ameriten una atención inmediata en el establecimiento para la atención médica, la elaboración de un plan de seguridad para la atención del parto o ante una urgencia obstétrica, en el que se identifique el establecimiento que prestará la atención, el vehículo a utilizar en el traslado y la persona acompañante, considerando planes alternativos en caso de urgencia, debiéndose registrar dicha información en los formatos institucionales de traslado, el carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada

5.3.1.13 Trasladar oportunamente a las pacientes en situación de urgencia obstétrica a los establecimientos para la atención médica con la capacidad resolutoria adecuada, para tal efecto el personal de salud debe:

5.3.1.13.1 Conocer e informar a la mujer embarazada y a sus familiares, la ubicación del establecimiento para la atención médica de atención de urgencias obstétricas que le corresponda.

5.3.1.13.2 Definir el traslado, de acuerdo con los criterios establecidos, para atención de las gestantes a los establecimientos para la atención médica de primer, segundo y tercer nivel, empleando para ello los formatos que se establezcan con ese fin, como pueden ser formatos institucionales de traslado, el carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada

## **CRITERIOS PARA LA ADECUADA REGIONALIZACIÓN DE LA REFERENCIA**

**Deberán sustentarse con base en las siguientes características:**

- Ubicación geográfica de la unidad de referencia
- Tendencia y flujo natural del desplazamiento
- Capacidad instalada (equipamiento médico, recursos humanos)

**El envío de los pacientes entre las diferentes unidades se hará considerando:**

- Capacidad resolutive de la unidad receptora
- Plantilla de personal médico y de paramédico así como insumos para la resolución del problema de salud.
- Lugar de residencia de la paciente
- Seguridad social de la paciente con la consiguiente referencia a la unidad que corresponde.





# Módulo 3

## Módulo 3. **Acompañamiento durante el Parto**

### **Contenido temático:**

El modelo de atención de partería

Respeto a la decisión de la mujer

Involucramiento de la pareja y la familia

Plan de parto y nacimiento en conjunto con la partera

Preparación de instrumentos y maletín de materiales para parto en domicilio

Exploración Obstétrica con enfoque intercultural

Generalidades de las diferentes variables de parto, así como los contextos culturales

Preparación para el parto

Técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor

Parto humanizado

Parto en agua

Parto Vertical

Principales causas de morbilidad y mortalidad materna en la comunidad local y estatal así como estrategias para disminuirla.

Emergencia Obstétrica y código Mater

# El Modelo de **Atención de Partería Respeto a la Decisión de la Mujer**

---

Tener el derecho a decidir supone poder tomar decisiones en todos los aspectos de nuestra vida: decisiones sobre la salud, decisiones sobre asuntos económicos y bienes, y decisiones sobre la vida personal y la comunidad.

El Proyecto de decreto por el que se reforma el Artículo 4o párrafo segundo de la constitución política de los estados unidos mexicanos refiere que: El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Es impulsada por dos factores fundamentales:

---

- El primero es fomentar la autonomía de las mujeres para tomar sus propias decisiones, bajo el principio de lograr que las mujeres cuenten con el derecho y la oportunidad de tomar sus propias decisiones en todo lo relacionado con su cuerpo y su salud.
- El segundo factor es ofrecer los servicios de salud a todas las mujeres que los necesiten, sin importar su situación socioeconómica, origen étnico, edad o estado civil, se garantiza el acceso.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. La ley garantizará este derecho, estableciendo la obligación de las autoridades para prestar servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la interrupción del embarazo cuando la mujer interesada así lo solicite.

**La ley garantizará este derecho**, estableciendo la obligación de las autoridades para prestar servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la interrupción del embarazo cuando la mujer interesada así lo solicite.

## **Involucramiento de la pareja y la familia**

La norma 007 Promueve que la mujer embarazada acuda a consulta, de preferencia con su pareja, para que se integre y se corresponsabilice del control y vigilancia del embarazo; o bien, con algún familiar, para garantizar que alguien de su confianza la apoye en el proceso.

- Una mujer que se siente apoyada por su pareja durante el embarazo y después del mismo puede sentirse más feliz y menos estresada.
- Un nivel más bajo de estrés en las mamás durante el embarazo puede ayudar también a los bebés.

La partera deberá proporcionar información completa a la embarazada y a sus familiares, sobre signos y síntomas de alarma que ameriten una atención inmediata y traslado a un establecimiento para la atención médica, la elaboración de un plan de seguridad para la atención del parto o ante una urgencia obstétrica, en el que se identifique el establecimiento que prestará la atención, el vehículo a utilizar en el traslado y la persona acompañante, considerando planes alternativos en caso de urgencia, debiéndose registrar, el carnet perinatal.



## **¿QUÉ PUEDE HACER LA PAREJA O FAMILIA DURANTE EL EMBARAZO?**

**Tanto si es su primer hijo o si ya ha pasado por esto:**

- Vaya con ella a las citas con el médico.
- Ayude a tomar decisiones acerca de las pruebas prenatales, como las de detección de anomalías congénitas.
- Vaya a las clases de parto.

### **Apoyo emocional**

- Aliéntela y tranquilícela.
- Pregúntele qué necesita de usted.
- Demuéstrele afecto. Tómela de la mano y abrácela.
- Ayúdela a hacer cambios en su estilo de vida.
- Coma alimentos saludables, lo cual puede ayudarla a comer bien.
- Aliéntela a tomarse descansos y dormir siestas. Las hormonas durante el embarazo pueden cambiar el nivel de energía y la necesidad de dormir de una mujer.
- Convengan en la frecuencia de las relaciones sexuales en ciertos momentos del embarazo. Hable con su pareja acerca de cómo se siente, y esté dispuesto a hacer cambios en cómo expresarse en la intimidad.
- Salgan a caminar juntos. Les da ejercicio y tiempo para hablar.

### **Apoyo físico**

- Ayude con la limpieza y la cocina. Esto es especialmente importante cuando su pareja embarazada está muy cansada o si ciertos olores al cocinar le dan malestar estomacal.
- Si puede, comience un programa para dejar de fumar, o fume menos.
- Los masajes en la espalda y en los pies pueden ayudar a aliviar el estrés y los dolores a medida que avanza el embarazo.

## ¿QUÉ PUEDE HACER LA PAREJA O FAMILIA DURANTE EL EMBARAZO? (CONTINUACION)

### Después de que llega el bebé

- Ayude a alimentar, cambiar y bañar a su bebé. Usted puede acercar el bebé a su pareja para que lo amamante o darle el biberón, según lo que hayan decidido para alimentar al bebé. Esto crea un vínculo entre usted y el bebé y le da a su pareja tiempo para dormir o salir a caminar.
- Si tienen otros hijos, tal vez quiera ocuparse más de su cuidado en las primeras semanas y meses después de la llegada del bebé.
- Dele descansos a la nueva mamá para que pueda hacer ejercicio, trabajar o hacer otras actividades.

### Apoyo a la pareja

- Hable a menudo con su pareja acerca de cómo se sienten ambos.
- Hable acerca del papel que quiere tener durante el trabajo de parto y el parto.
- Haga preguntas durante las visitas al médico.
- Póngase en contacto con otras parejas para compartir sentimientos, ideas y consejos.
- Trate de destinar algo de tiempo a hacer ejercicio, visitar amigos o dedicarse a un pasatiempo.

## Plan de parto y nacimiento en conjunto con la partera

El plan de parto es un documento en el que la mujer embarazada deja constancia por escrito de sus deseos y expectativas en relación al momento del parto y el nacimiento de su hijo o hija. La mayoría de las embarazadas, por ser mujeres sanas, pueden tener un parto normal.

Se puede elaborar un **plan de parto** y nacimiento en cualquier momento de la gestación, aunque un buen momento son las semanas 28-32, preguntando cualquier duda a la matrona o personal médico.



## **PLAN DE PARTO**

### **Ficha de identificación**

- Nombre
- Fecha de nacimiento

### **Espacio físico**

- Lugar donde se atenderá el parto
- Hospital de emergencia

### **Acompañantes y ambiente para el parto**

- Acompañamiento continuo por una persona de su elección

### **Procedimientos durante el parto**

- Evitar la aplicación rutinaria de venoclisis
- Evitar la aplicación de enemas
- Evitar tricotomía
- Uso de su propia ropa
- Evitar la aplicación de oxitócina durante el trabajo de parto
- Tomar decisiones de manera autónoma
- Evitar la ruptura artificial de membranas
- Libre deambulación
- Consumo de líquidos
- Consumo de alimentos ligeros

### **Valoración del bienestar fetal y del progreso de la dilatación**

#### **Métodos para el alivio del dolor**

- Fármacos
- Herbolaria
- Masajes

#### **Movilidad y posturas durante la dilatación**

- Libre movimiento

## **PLAN DE PARTO**

### **Posturas y pujo durante el expulsivo**

- Posición elegida por la mujer al momento de la expulsión
- Evitar la episiotomía de rutina
- Evitar la maniobras innecesarias
- Revisar de la placenta

### **Nacimiento del bebe**

- Corte retardado del cordón umbilical
- Apego inmediato madre-recién nacido
- Evitar la aspiración rutinaria de secreciones del recién nacido

### **Lactancia materna**

### **Estancia hospitalaria**

- Hospital de elección en caso de emergencia
- Permanencia en el hospital

### **Multiculturalidad**

- Presencia de traductores
- Respeto a las prácticas culturales de la mujer (uso de amuletos, manejo de placenta, etc)

### **Atención del Recién nacido**

- Administración de medicamentos
- Higiene del recién nacido
- Opciones de atención

### **Consentimiento informado**

- Nombre y firma
- Fecha y lugar

## **Preparación de instrumentos y maletín de materiales para parto en domicilio**

Las **prácticas de parto limpio**, son reglas que se aplican durante el proceso del parto, van encaminadas a garantizar que cada madre y recién nacido reciban una atención de calidad. Deben ser practicadas por la persona que atiende, en este caso la partera tradicional, para evitar complicaciones y contribuir a la disminución de muertes maternas y neonatales. Debe de cumplir con las siguientes características:

- Manos limpias.
- Superficie de atención del parto limpio.
- Ambiente con suficiente iluminación.
- Equipo de atención del parto y corte del cordón desinfectado y limpio.

Atender el parto haciendo uso del maletín para garantizar el parto limpio es una obligación de la comadrona o partera.

**Maletín equipado:** Consiste en una maleta pequeña que contiene el equipo y material necesario para la comadrona para la atención del parto limpio y seguro. Es de suma importancia que todo el equipo se encuentre en condiciones higiénicas adecuadas, para ayudar a disminuir el riesgo de infecciones postparto y en el recién nacido.

**Equipo:** Cuaderno de registro, guantes descartables, gabacha, pañuelo o gorro, sábanas y toallas, hule clínico, jabonera y jabón, bandeja de acero inoxidable, tijera, cinta umbilical o clamp, gasa estéril, alcohol, balanza, linterna, cloranfenicol, tetraciclina, o eritromicina en gotas o ungüento.

## **Exploración Obstétrica con enfoque intercultural**

Los cuidados interculturales durante el embarazo Inicia el primer contacto con la embarazada, a solicitud de ella o la familia. El interrogatorio es el primer paso. Por lo general la

embarazada visita la casa de la partera, posteriormente es ella la que visita la casa de la embarazada. A continuación se detallan las principales actividades que debe de realizar:

**Coordina con el personal de salud**, parteras y médicos tradicionales para la atención de la mujer embarazada.

**La partera realiza el control sobre:** crecimiento, debilidad, la posición, según el nivel de experiencia puede saber sobre el sexo en la posición que se encuentra el bebé.

Esto a través del sobado superficial aplicando **técnicas ancestrales especializadas** al momento de atender a la embarazada. Se recomienda el sobado superficial y evitar el sobado demasiado fuerte y brusco

**Formas tradicionales de reconocer el embarazo:**

- Palpación para reconocer el estado de avance del embarazo.
- A través de preguntas y la valoración física.
- Por medio del sobado tradicional ancestral

**¿Qué hacer?**

- Primer paso: Calcule el tiempo de embarazo y la fecha de nacimiento.
- Segundo Paso: Revise todo el cuerpo de la embarazada.
- Tercer Paso: Examine la barriga.

**Antes de revisar el cuerpo de la embarazada**

- Pida a la embarazada que orine, si no lo ha hecho antes de venir
- Acueste a la embarazada en un lugar limpio y cómodo.
- Ponga la oreja en el vientre o en el fetoscopio, si tiene el aparato para oír los ruidos y las palpitaciones del

corazoncito del bebé. Toque suavemente con las manos los cuatro lados de la barriga de la forma en que lo ve en el dibujo.

- Ir tocando con los lados de las manos hacia arriba hasta donde se sienta que llega el tamaño de la pelota, es decir el fondo del vientre.

## **¿PARA QUÉ TOCAMOS?**

### **Para saber hasta dónde llega la panza.**

• Para saber si en el fondo del vientre esta la cabeza o las nalgas del bebé. Resbalar la palma de las manos desde arriba hacia a los lados de la barriga. Si esta plano en uno de los lados estamos tocando la espalda del bebé. Esto nos enseña donde poner la oreja para oír el corazón del bebé.

### **Para saber dónde está la espaldita del bebé, si está a la derecha o a la izquierda de la panza y tomarlo de referencia para colocar nuestra oreja o el fetoscopio.**

• La partera al lado de la cama, con la cara mirando a los pies de la embarazada, pone sus manos abajo de la barriga, hunde suavemente la punta de sus manos para saber si toca la cabeza del bebé o si está metida en los huesos del vientre.

### **Para saber si la cabeza está abajo y si ya está acomodado el bebé para salir.**

• Cuando el bebé tiene casi los 9 meses la cabeza está metida en los huesos del vientre y esta fija, esto ¿qué quiere decir? que el bebé está bajando y esta acomodándose para salir.

• Antes de los 8 meses el bebé anda nadando dentro de su casita (dentro de la matriz). No nos preocupamos. Siempre al lado de la cama, ponga la mano sobre el hueso del vientre y abriendo la mano entre el dedo gordo y el índice toda y hunde suavemente el resto de los dedos para buscar la cabecita del bebé.

• Se debe sentir liso, duro y redondo, esto quiere decir que el bebé esta de cabeza. A veces se siente que agarra una pelota.

## ¿PARA QUÉ TOCAMOS? (CONTINUACIÓN)

### Para saber si el bebé viene de cabeza o de nalga.

- Las diferentes posiciones del bebé dentro del vientre al final del embarazo Normal Cuando el embarazo está casi listo y la cabeza se toca debajo de la barriga. Esto quiere decir que el bebé está bien ubicado.
- Peligroso Cuando el embarazo está casi listo y la cabeza se mantiene arriba de la barriga esto quiere decir que el bebé viene de nalga o de pie.
- Cuando el embarazo está casi listo y la cabeza se mantiene a un lado, esto quiere decir que el bebé viene de hombros o está cruzado.
- Las posiciones peligrosas del bebé dentro del vientre al final del embarazo, se deben mandar a cualquier unidad de salud y explicar a los familiares el problema.

### ¿Cómo examinar a la parturienta?

- Poner la mano suavemente sobre la parte alta de su vientre para sentir si se estira y se encoge con el dolor o la contracción, con esto nos damos cuenta si el dolor es leve o fuerte.
- Preguntar si los dolores son distanciados o seguidos.
- La partera debe asegurar si el bebé viene de cabeza, de pie o cruzado (ver figura de posición).
- Medir la altura del vientre para saber cuántos meses de embarazo hay.
- Escuchar el corazón del bebé.
- Ver la expresión de la cara de la embarazada si está muy nerviosa, con muchos dolores y muy pálida.
- Examinar si hay hinchazón en la cara, manos y pies. Recuerde que si encuentra estas señales esto es muy peligroso.

## **Generalidades de las diferentes variables de parto, así como los contextos culturales**

Dentro de los pasos para garantizar un parto limpio y seguro también se toma en cuenta las posiciones en que la mujer prefiere dar a luz, está en libertad de elegir en donde y como dar a luz, así mismo puede elegir que proveedor de salud, puede ser (médico, enfermera o comadrona) al igual está en pleno derecho de pedir que alguien de su entera confianza la acompañe durante el proceso de parto.

Por cual las comadronas deben de explicarles a las madres las diferentes posiciones que existen y atender el parto en la posición en que la madre prefiera y respetar su opinión.

Las posiciones pueden ser: Sentada en una silla sobre su pareja o acompañante, de rodillas con apoyo de su pareja o acompañante, de cuclillas, de pie, con el apoyo de su pareja o acompañante, sostenida o con apoyo de lazos, recostada sobre el lado izquierdo, de rodillas, con apoyo de sus manos, brazos y codos, recostada en forma dorsal y el parto en agua.

## **Preparación para el parto**

### **ETAPAS DEL PARTO**

- Etapa temprana o de contracciones uterinas: Empieza desde que aparecen las contracciones hasta que el cuello del útero está completamente extendido. Esta es la etapa del parto que más tarda. En la primera etapa la mujer puede caminar y no sentir molestia entre una y otra contracción.
- Segunda etapa. Esta etapa del parto inicia al estar completamente extendida la cavidad vaginal y termina con el nacimiento del bebé. En esta etapa la mujer que está dando a luz es donde más fuerza debe de tener, ya que es la fase de expulsión y requiere mayor fuerza debido al tamaño del bebé.
- Tercera etapa del parto Inicia después del nacimiento del niño y termina cuando se expulsa la placenta, a esta etapa o fase también se le conoce como alumbramiento, debe darse en los primeros 30 minutos después de la expulsión del bebé de lo contrario la madre debe de ser referida de inmediato a algún centro asistencial para ser tratada.

El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones.

El parto normal o natural es aquel que se da sin ninguna complicación, es decir el que se da por vía vaginal, el cual no necesita de intervención quirúrgica, se da sin ningún tipo de problema, y no sitúa en riesgo tanto la vida de la madre como la del recién nacido.

El parto en casa o el parto domiciliario pueden darse de una forma segura siempre y cuando se establezcan condiciones: Que la embarazada sea de bajo riesgo, sea solo un bebé, que la presentación del bebé sea en la posición adecuada (cefálica) y que el parto se produzca a término, entre las semanas 37 y 40 de gestación; solo cumpliendo estas condiciones el parto puede darse en casa atendido por una comadrona de lo contrario al existir algún factor de riesgo la partera deberá de referir a la madre a un servicio con mayor capacidad resolutive.

**Partograma:** Herramienta fundamental durante el trabajo de parto que se debe llenar en forma rutinaria y debe analizarse detalladamente en todas las gestantes con la finalidad de evitar distocias y cesáreas de urgencia que conllevan a una alta morbilidad y mortalidad.

## **Técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor**



## TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR

<b>Inmersión en el Agua Durante el Período de Dilatación</b>	La utilización terapéutica del agua se ha usado en toda la historia de la humanidad. La inmersión o la aplicación de agua caliente han sido utilizadas con éxito en múltiples procesos dolorosos. La inmersión en agua a la temperatura corporal durante el trabajo de parto produce un inmediato alivio del dolor de las contracciones y facilita la relajación y la movilidad de la madre. Existe también una progresión de la dilatación, lo que se ha atribuido a una mejor liberación de oxitócina al disminuir la ansiedad y el estrés como consecuencia de la inmersión en agua caliente.
<b>Masaje</b>	El masaje y el tacto tranquilizador durante el parto pretenden ayudar a las mujeres a relajarse y aliviar el dolor de las contracciones, transmitir interés, comprensión y procurar consuelo. Parece que las mujeres aprecian estas intervenciones que les hacen sentirse cuidadas y les producen bienestar.
<b>Pelotas de Parto</b>	El uso de grandes pelotas de goma se ha popularizado en gimnasios y servicios de rehabilitación a veces, para mejorar la movilidad de la pelvis y relajar la musculatura. Últimamente, se han utilizado en las áreas de parto, buscando el bienestar de las mujeres al proporcionarles un tipo de asiento cómodo que permite la movilización de la pelvis y el alivio consiguiente.
<b>Técnicas de Relajación</b>	Habitualmente, en la preparación a la maternidad de las embarazadas se enseña, entre otras muchas cuestiones, a realizar técnicas artificiales de respiración, en la creencia de que contribuirán al alivio del dolor. Sin embargo, no se considera que existe una regulación involuntaria de la respiración que permite su adaptación a las diferentes situaciones y necesidades, incluyendo el trabajo de parto. Por otra parte, este tipo de técnicas podría interferir con la necesidad de estar tranquila y relajada, ocasionar estados de hiperventilación y producir agotamiento.
<b>Herbolaria</b>	Consumo de infusiones de plantas medicinales como método esencial para curar ciertas molestias, preparadas a base de flores, hojas, frutos, cortezas y raíces y se administran en forma de agua aromática, cocimiento, frotaciones, emplastos.  <i>Cestrum nocturnum</i> (baños de la recién parida); <i>Lepidium virginicum</i> (baño del recién nacido y mujer); <i>Stellaria ovata Willd.</i> (baja la temperatura puerperal) <i>Salvia poystachia J. Ortega</i> (detener abortos) <i>Ageratina sp (Xihuapaxihuitl)</i> y <i>Artemisia ludoviciana Nutt.</i> (evitar hinchazón de pies y cuerpo después del parto); <i>Oenothera rosea</i> (contra hemorragias vaginales), <i>Mimosa albida Humb.</i> (contra la infertilidad femenina) <i>Amaranthus viridis L.</i> (contra afecciones y enfermedades de la mujer y en particular para detener hemorragias después del parto) <i>Comicatl o Zacatechichi</i> (empleada en té para que las señoras tengan leche para el recién nacido).

## **Parto humanizado**

El parto humanizado Aunque el concepto de “parto humanizado” se ha prestado a controversias, obedece a un proceso histórico mundial, como una respuesta frente al modelo convencional que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales, la perspectiva de género, ni las recomendaciones sustentadas en el enfoque basado en evidencias y los principios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Existe consenso en considerar que el parto y nacimiento humanizados deben de incluir los siguientes elementos:

Reconocer a la madre, el padre y su hija/o como los verdaderos protagonistas.

- No interferir rutinariamente este proceso natural; solo se debe intervenir ante una situación de riesgo evidente.
- Reconocer el derecho para la mujer y su pareja, a la educación para el embarazo y parto.
- Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que se desarrolle esta experiencia.
- Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el posparto.
- Brindar atención personalizada y continua en el embarazo, parto y puerperio.
- Favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto (en cuclillas, hincada, sentada, en el agua, o como desee).
- Promover la relación armónica y personalizada entre la pareja y el equipo de salud.

- Respetar la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto (familia, amistades).
- Privilegiar el vínculo inmediato de la madre con su hija/o, evitando someterle a exámenes o a cualquier maniobra de resucitación, que sean innecesarios.

## OXITÓCINA

- Se produce durante el parto, la lactancia, situaciones de paz y confort, la meditación, las relaciones sexuales y en las relaciones sexuales y en general en todas las situaciones que producen bienestar
- Durante el parto, favorece las contracciones uterinas, tanto para la salida del bebé, como de la placenta.
- Se inhibe en todas las situaciones que producen adrenalina.
- Por esta razón cualquier situación que produzca adrenalina va a inhibir la oxitócina y por ende el trabajo de parto.
- Esto sucede en las mujeres con el frío, la luz, el con el frío, la luz, el sentirse observadas (el sentido del pudor), los regañíos y cualquier situación que produzca temor e inseguridad y alto nivel de estrés.

## Parto en agua

El Parto Acuático es una variante del parto normal humanizado, que le permite a la mujer y a su bebé recibir los beneficios del agua, también llamado Parto velado o nacer con bolsa intacta.

El agua es el elemento más importante para la vida y parir en un medio acuático es una idea que siempre ha surgido en diferentes culturas. El parto en el agua defiende que el bebé pasa de un ambiente acuático, como es el líquido amniótico, al líquido elemento, y así el trauma del parto es mucho menor.

## BENEFICIOS DEL PARTO EN AGUA

- Para ello la temperatura del agua no puede variar.
- La madre se relaja más fácilmente lo disminuye el dolor y el tiempo del parto, es menor el esfuerzo en general.
- La mujer y el compañero durante el parto deben haber recibido una educación específica sobre el parto en este medio.
- Además sigue siendo necesaria la asistencia de una matrona y de material médico, que en este caso debe estar preparado para sumergirse en el agua.
- Durante un parto en el agua la mujer no puede recibir ningún tipo de anestesia ni analgésicos, ya que es necesario que tenga su sensibilidad en perfecto estado.
- Favorece la relajación muscular y disminuye el dolor. Proporciona mayor facilidad de movimientos, debido a la flotabilidad.
- La duración del parto se suele acortar.
- La tasa de episiotomías es baja
- Es muy importante que haya agua suficiente que impida que el bebé tenga contacto con el aire porque podría comenzar a respirar antes de tiempo y aspirar agua.



## Parto Vertical

Parto vertical, a la atención del parto de la mujer embarazada colocada en posición vertical: de pie, sentada, semidecúbito, o en cuclillas.

### **BENEFICIOS DEL PARTO VERTICAL**

- Aumenta la capacidad respiratoria de la madre y se restituye el volumen del flujo sanguíneo
- Contracciones uterinas más eficaces.
- Fuerza de pujo mayor.
- Mejor oxigenación.
- Menor duración del periodo de dilatación y expulsión.
- Menor utilización de drogas y anestésicos.
- Diámetros del canal de parto mayores: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 cm. en el transversal.
- Mejor ángulo de encaje de la cabeza del bebé
- Acción de la gravedad más favorable
- El tener los talones sobre un punto de apoyo permite el trabajo de los músculos abductores para abrir el canal del parto.
- En la posición vertical la presión se reparte en todo el periné, lo cual disminuye el riesgo de desgarros disminuye el riesgo de desgarros durante el parto.
- Permitir la participación de la pareja o familiar, brindando así, sostén físico y emocional, si la usuaria lo solicita.
- Acompañamiento psicoafectivo durante todo el trabajo de parto
- Acompañamiento de un familiar si la usuaria lo demanda,
- Masajes durante el trabajo de parto, Contacto piel a piel madre – hijo
- Amamantamiento inmediato del recién nacido,
- Desmedicalización en la medida de lo posible, ,
- Evitar el abuso en la utilización de la tecnología
- Respe to a las mujeres con respecto a la toma de decisiones.

## **Principales causas de morbilidad y mortalidad materna en la comunidad local y estatal así como estrategias para disminuirla.**

De acuerdo a a Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud federal referido con el informe semanal de Morbilidad Materna Extremadamente Grave, Hidalgo acumula 622 casos en lo que va del año de embarazos que se complicaron.

Estos 622 casos son a la semana epidemiológica número 35, con una letalidad en la entidad del 1.1 por ciento.

Del total de casos, 58.7 por ciento corresponde a casos resueltos por cesáreas, 21.2 por ciento requirieron cirugía adicional, 28.9 necesitaron transfusión y en el 69.8 por ciento llevaban su control prenatal.

Las principales afecciones de Morbilidad Materna Extremadamente Grave son la enfermedad hipertensivos con el 41.8 por ciento y la hemorragia obstétrica con el 14.2 por ciento. En el estado esta incidencia de casos extremadamente graves es de 4.9 casos por cada 100 nacimientos vivos.

### **PRINCIPALES AFECCIONES DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMADAMENTE GRAVE**

- Enfermedad hipertensiva del embarazo
- Hemorragia obstétrica
- Covid-19
- Aborto
- Sepsis y otras infecciones
- Enfermedades respiratorias
- Diabetes
- Causa obstétrica indirecta no infecciosa
- Causa obstétrica indirecta infecciosa
- Otras complicaciones principalmente del embarazo / parto

En México la razón de mortalidad materna calculada es de 58.1 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo que representa un incremento del 36.7% \* en la razón respecto a la misma semana epidemiológica del año anterior.

En Hidalgo hasta la semana epidemiológica 42 ocurrieron 22 defunciones, con un IMM del 8.7%

### **LAS PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN SON:**

- COVID-19, registran 417 (45.6%) con virus SARS-Cov2 confirmado.
- COVID-19, virus no identificado 22 (2.4%)
- Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos que complican el embarazo, el parto y el puerperio (10.5%)

## **Emergencia Obstétrica y código Mater**

La mayor parte de las emergencias que se producen en el embarazo, nacimiento o puerperio, son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde la etapa pregestacional, pero pueden manifestarse o agravarse durante el embarazo, especialmente si no han sido detectadas oportunamente durante el control prenatal.

La atención de dichas entidades se suscribe en la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas forma parte del Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2019-2024.

Para las parteras es indispensable el conocimiento para determinar las señales de peligro que derivan en una emergencia obstétrica para favorecer la referencia, el traslado y tratamiento oportuno de la usuaria.

**Emergencia obstétrica:** Toda enfermedad grave y de presentación aguda que pone en riesgo la vida o la función de la madre y/o el recién nacido, y que requiere atención médica inmediata.

## CLASIFICACIÓN DE LAS SEÑALES DE PELIGRO

Primer Trimestre del Embarazo	Segundo Trimestre del Embarazo	Tercer Trimestre del Embarazo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor de cabeza.</li> <li>• Sangrado vaginal.</li> <li>• Vómito de día y de noche por más de tres meses.</li> <li>• Calambre seguido.</li> <li>• Dolor de vientre</li> <li>• Pérdida de peso.</li> <li>• Falta de apetito.</li> <li>• Malestar general.</li> <li>• Anemia.</li> <li>• Infecciones vaginales.</li> <li>• Maltrato (golpes).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor de cabeza seguido o moderado.</li> <li>• Dolor en la boca del estómago. Sangrado vaginal.</li> <li>• Dolor en el bajo vientre.</li> <li>• Vómitos frecuentes.</li> <li>• Secreción vaginal.</li> <li>• nflamación en los miembros inferiores (cara, pies, manos). Fiebre con escalofríos.</li> <li>• Dolor y ardor al orinar.</li> <li>• Anemia.</li> <li>• Mareo.</li> <li>• Aumento rápido de peso. Malestares de salud ocasionada por maltrato físico (golpe, caída, trabajo pesado).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor de cabeza cebero con visión borrosa o lucecitas.</li> <li>• Dolor en la boca del estómago. Dolor bajo vientre.</li> <li>• Mareo y desmayo.</li> <li>• Sangrado vaginal y secreciones líquidas de sus partes.</li> <li>• Convulsión. Fiebre y escalofríos. Abundante vómito.</li> <li>• No se mueve el bebé.</li> <li>• Edema (inflamación en los miembros inferiores (cara, pies, manos).</li> <li>• Envenenamiento por alimentos o medicamentos.</li> <li>• Malestares de salud ocasionada por maltrato físico (golpe, caída, trabajo pesado).</li> </ul>



## Emergencias Obstétricas

### CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO

<b>Hipertensión Crónica Pregestacional</b>	<b>Preeclampsia</b>	<b>Hipertensión Gestacional</b>
<p>Corresponde a la elevación de las cifras tensionales igual o mayor a 140 de tensión sistólica y/o 90 mmHg de tensión diastólica en 2 tomas aisladas; que se presenta previo al embarazo o antes de las 20 semanas de gestación.</p>	<p>Es la presencia de tensión arterial diastólica mayor o igual de 90 mmHg o tensión sistólica mayor o igual a 140 (en 2 tomas) y la presencia de proteinuria (definida como la evidencia de proteínas en orina mayor a 300 mg en 24 horas).</p> <p><b>Eclampsia</b></p> <p>Es la presencia de convulsiones y/o coma en una mujer que sufre preeclampsia.</p> <p>El inicio de los síntomas pueden ser anteparto, intraparto o postparto durante las primeras 4 semanas del puerperio.<sup>22-24</sup> Síntomas premonitorios de eclampsia son la cefalea occipital o frontal, visión borrosa, fotofobia, dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho abdominal y alteración del estado de conciencia.</p>	<p>Es la presencia de cifras tensionales, sistólica y diastólica respectivamente, mayores o iguales a 140/90 sin proteinuria, detectada después de las 20 semanas de gestación. La cual desaparece luego de los 3 meses postparto.</p>

<b>HEMORRAGIA ANTE PARTO</b>			<b>HEMORRAGIA POS PARTO</b>
<b>Embarazo Ectópico</b>	<b>Abruptio Placentae</b>	<b>Placenta Previa</b>	
<p>Se define como la implantación del embarazo fuera de la cavidad endometrial, ocurre aproximadamente en 1% de los embarazos.</p> <p>Contribuye con un 10 a 15% a la mortalidad materna en países desarrollados cuando se asocia a rotura tubárica.</p>	<p>Desprendimiento prematuro de placenta o la separación total o parcial del sitio de implantación de una placenta normoinserta antes del nacimiento del feto y después de la semana 22 de gestación.</p> <p>Puede presentarse con sangrado entre las membranas y la decidua a través del cérvix o permanecer confinado al útero con sangrado por detrás de la placenta.</p>	<p>Placenta que cubre o esta próxima al orificio cervical interno (OCI) y se encuentra implantada en el segmento inferior del útero después de la semana 22 se gestación.</p>	<p>Pérdida de sangre mayor a 500 cc luego de un parto vaginal o mayor a 1000 cc después de una cesárea. La HPP masiva está definida como el sangrado mayor a 1000 cc en las primeras 24 horas del puerperio.</p> <p>Un descenso mayor o igual al 10% del hematocrito o</p> <p>Sangrado asociado a inestabilidad hemodinámica.</p>

## **DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE CHOQUE**

<b>Perdida de Volumen</b>	<b>Sensorio</b>	<b>Perfusión</b>	<b>Pulso</b>	<b>Presión Arterial Sistólica mmHg</b>	<b>Grado de Choque</b>
500 - 1000 ml	Normal	Normal	60 - 90	Mayor a 90	Ausente
1000 - 1500 ml	Normal y/o Agitada	Palidez / Frialdad	91 - 100	80 - 90	Leve
1500 - 2000 ml	Agitada	Palidez / frialdad más sudoración	101 - 120	79 - 80	Moderado
Mayor 2000ml	Letárgica o Inconsciente	Palidez / Frialdad, Sudoración, Llenado Capilar Lento	Mayor 120	Menor de 70	Severo



**Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO):** equipo conformado por personal de salud experto, de diferentes especialidades, que brinda cuidados a la paciente obstétrica en estado crítico, en el lugar que se requiera en el ámbito hospitalario, como respuesta a la activación del Código Mater

**Triage obstétrico:** protocolo de atención de primer contacto en emergencias obstétricas, el cual tiene como propósito clasificar la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria para preservar la vida del binomio o bien la viabilidad de un órgano dentro del lapso terapéutico establecido. Este sistema se ha adaptado para emplearse en el periodo perinatal (embarazo, parto y puerperio) y en cada contacto de la paciente con el personal de salud. Cuando una paciente es identificada con alguna complicación o emergencia se enlaza y se activa la ruta crítica para la vigilancia del embarazo (código mater).

## OBJETIVOS DEL TRIAGE

- Mejorar la respuesta de atención médica acorde a las necesidades de las usuarias.
- Establecer la prioridad de atención obstétrica asistencial, de acuerdo al nivel de gravedad y riesgos identificados.
- Establecer criterios homogéneos, científicos y coherentes ante la necesidad de atención que la usuaria presenta.
- Contribuir a agilizar la atención efectiva, en caso de emergencia obstétrica.
- Reducir la duración de los tiempos de espera.
- Contribuir a disminuir la ansiedad de la paciente y familiares al establecer comunicación sobre su situación de salud, el proceso para recibir atención y el tiempo aproximado de espera.

**Código Mater:** es la activación de un mecanismo de llamado al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación. Se observan tres códigos principales:

<b>Código Rojo:</b>	<b>Código Amarillo:</b>	<b>Código Verde:</b>
Es toda condición de la paciente obstétrica en la que se presenta alguna complicación médica o quirúrgica, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.	Es toda condición en la paciente obstétrica que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención ante la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable (urgencia calificada).	Es toda condición de la paciente obstétrica que no requiere de resolución urgente.



# Módulo 4

## Módulo 4. **Atención en el Posparto y Aborto**

### Contenido temático:

- Manejo activo del Alumbramiento
- Atención en el puerperio inmediato
- Atención en el puerperio mediato
- Principales complicaciones maternas en el pos parto en la comunidad local y estatal; estrategias de los servicios de salud para su atención.
- Cuidados del puerperio tardío (visita domiciliaria)
- Interrupción legal y voluntaria del embarazo
- Aborto
- Planificación familiar y métodos de anticoncepción
- Usos y costumbres sobre la muerte en las comunidades
- Redes de apoyo tanatológico

# **Manejo Activo del Alumbramiento**

## **Atención en el Puerperio Inmediato**

---

Puerperio normal: periodo que sigue a la expulsión del producto de la gestación, en el cual los cambios anátomo fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

Puerperio inmediato: periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.

Puerperio mediato: periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.

Puerperio tardío: periodo que incluye del día 8 al 42 después del parto.

---



## ATENCIÓN EN EL PUERPERIO MEDIATO

**Principales Complicaciones Maternas** en el pos parto en la comunidad local y estatal; estrategias de los servicios de salud para su atención.

**Cuidados del puerperio tardío** (visita domiciliaria)

**Interrupción legal y voluntaria del embarazo**

### **Aborto**

El personal de salud que participe en el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo no estará obligado a verificar el dicho de la solicitante, entendiéndose su actuación como basada en el principio de buena fe a que hace referencia la Ley General de Víctimas, y conforme a las disposiciones de la NOM-046. No olvide Si en el momento de la solicitud de atención no se pudiera prestar el servicio de interrupción del embarazo de manera oportuna y adecuada, se deberá referir de inmediato a la paciente a una unidad de salud que cuente con personal no objetor de conciencia y con infraestructura de atención con calidad.

## **Planificación familiar y métodos de anticoncepción**

### **Usos y costumbres sobre la muerte en las comunidades**

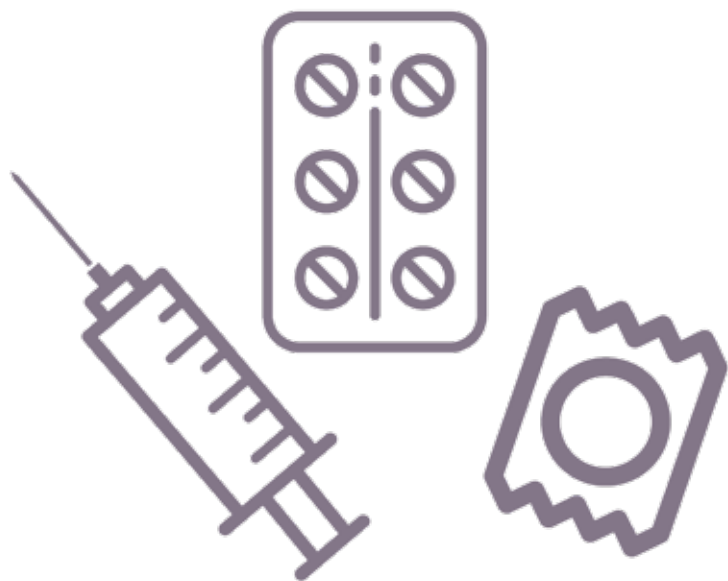
**Muerte materna:** muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Muerte materna directa: la que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

Muerte materna indirecta: la que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas pero si agravada por los efectos fisiológicos del embarazo

Defunción, fallecimiento o muerte fetal, a la pérdida de la vida de un producto de la gestación antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está indicada por el hecho de que después de la separación de la madre, el feto no presenta signos vitales, como respiración, latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

### **Redes de apoyo tanatológico**



# Módulo 5

## Módulo 5. **Cuidado integral al recién Nacido**

### **Contenido temático:**

- Conocimiento y diseño de la bienvenida al recién nacido en la comunidad
- Cuidados inmediatos al recién nacido
- Tamiz neonatal y auditivo
- Principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal e infantil en la comunidad local y estatal; estrategias de los servicios de salud para su atención.
- Bases para la promoción de la lactancia materna exclusiva del recién nacido

# **Conocimiento y diseño de la Bienvenida al Recién Nacido en la Comunidad**

## **Cuidados inmediatos al recién nacido**

### **Tamiz neonatal y auditivo**

Tamiz metabólico neonatal, al examen de laboratorio practicado a la persona recién nacida, para detectar padecimientos de tipo metabólico

**Principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal e infantil en la comunidad local y estatal; estrategias de los servicios de salud para su atención.**

**Bases para la promoción de la lactancia materna exclusiva del recién nacido.**

5.3.1.9 Promover la lactancia materna exclusiva, excepto en los casos medicamente justificados, entre ellos, el de madre VIH positiva, en los cuales, se recomendará sucedáneos de la leche materna o humana, conforme a la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.7, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.

### **Logro final del curso**

Al término de la estrategia formativa; los facilitadores, apropiados de los principales conceptos teóricos de la atención de partería con enfoque intercultural en el primer nivel de atención, serán capaces de identificar a los actores comunitarios para impulsar acciones de intervención en la búsqueda conjunta de intereses, necesidades y áreas de oportunidad con participación plena de la población originaria en las redes de apoyo en la intención de integrar plenamente a las parteras en los servicios locales de salud.

Karmel M. Thank You, Dr Lamaze. London, Pinter & Martin Ltd. 2005; (first published 1959). 42 Leboyer F. Por un Nacimiento sin Violencia. Madrid, Mandala Ediciones; 1997







noviembre 2021