

# Implantación del “Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro”: Hospital Integral La Guajolota, Durango y Hospital General de Tula, Hidalgo



Esteban Montoya Zamora

## Hernán José García Ramírez<sup>@</sup>

Subdirector de Sistemas Complementarios de Atención  
Dirección de Medicina Tradicional  
y Desarrollo Intercultural  
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud  
Secretaría de Salud

## José Alejandro Almaguer González<sup>i</sup>

Director de Medicina Tradicional  
y Desarrollo Intercultural  
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud  
Secretaría de Salud

## Marco Antonio Ortega Sánchez<sup>i</sup>

Ginecoobstetra  
Encargado del Centro Estatal  
de Capacitación en Parto Humanizado  
Hospital General de Tula  
Servicios de Salud del Estado de Hidalgo

## Daniel Guillermo Gutiérrez Guadarrama<sup>i</sup>

Ginecología y Obstetricia  
Medicina Materno Fetal

## Esteban Montoya Zamora

Subdirector de Atención a la Salud de la Mujer  
Servicios de Salud de Durango

## Introducción

El “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro”<sup>1</sup> tiene como fin mejorar la calidad técnica y relacional en la atención perinatal, lo que es fundamental para avanzar en el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 5: mejorar la salud materna, cuyas metas consisten en reducir la razón de muerte materna (RMM)<sup>ii</sup> en tres cuartas partes entre los años 1990 y 2015, así como lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto.<sup>2</sup> Este modelo se sustenta en los Derechos Humanos reconocidos como obligatorios en el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el marco normativo vigente, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y las evidencias científicas más actuales.

En sus inicios, este modelo tuvo los nombres de “parto vertical” y “atención intercultural del parto”, en el año 2012 su denominación definitiva fue determinada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) y la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), ambas pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSA). Asimismo, se señaló que el modelo se enfoca en la atención a las mujeres como sujetas de derechos y protagonistas en la toma de decisiones, por lo que se refiere a ellas en plural para reconocer su diversidad.

El término de *enfoque humanizado* implica personalizar la atención, por lo que la ciudadana usuaria y quien presta los servicios dejan de ser objetos y engranes de un proceso mecánico y rutinario, para considerarse sujetos en condiciones de respeto, empatía y con capacidad de tomar decisiones. Lo que se pretende es que vivan la experiencia del nacimiento como un momento placentero y con dignidad humana.

Respecto al *enfoque intercultural*, hace referencia a la convivencia entre personas, grupos e instituciones con características culturales y posiciones diversas, por lo que se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica, dentro de un contexto compartido, aunque no exento de conflicto y donde las diferencias se resuelven en razón de los derechos. Así, se pretende identificar y erradicar las barreras culturales y de género que dificultan el acceso a los servicios de salud.

Dichas barreras se tipifican en estructurales (normas y procedimientos como el colocar en posición de litotomía a todas las mujeres), las que se dan en los espacios (diseño y señalamientos), las que manifiesta el personal de salud (comportamientos discriminatorios y falta de conocimiento de los códigos culturales de la población) y las que manifiestan las personas usuarias (por experiencias negativas en los servicios y la reproducción de actitudes sexistas y androcéntricas no permiten que las mujeres decidan sobre su atención). Asimismo, algunas de estas condicionan que la población identifique el hospital como fuente de riesgos de enfermedad, por lo que existe miedo y no acuden a estos sitios.<sup>iii</sup>

Por su parte, la atención perinatal intercultural<sup>iv</sup> reconoce las opiniones de las usuarias y de quienes prestan servicios de salud desde su propia singularidad, incorporando mecanismos de escucha, enriquecimiento mutuo y sinergia, lo que incluye aportes de diferentes modelos clínico-terapéuticos y de fortalecimiento de la salud, así como el trabajo conjunto con parteras tradicionales.

En cuanto al término seguro, se refiere al aprovechamiento de las evidencias científicas más actuales y el uso que hace el personal de salud de ellas para disminuir el riesgo en la atención de las mujeres. Asimismo, en la actualidad se cuenta con la Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo, actualización

<sup>i</sup> Validador de la Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo, actualización diciembre de 2014.

<sup>ii</sup> Correos electrónicos: [educeverhg@hotmail.com](mailto:educeverhg@hotmail.com), [jalejandromaguerg@gmail.com](mailto:jalejandromaguerg@gmail.com), [marcoantonioortegasanchez@yahoo.com.mx](mailto:marcoantonioortegasanchez@yahoo.com.mx), [danyboy\\_23@yahoo.com](mailto:danyboy_23@yahoo.com) y [dresteban412@hotmail.com](mailto:dresteban412@hotmail.com)

<sup>iii</sup> La razón de muerte materna expresa la probabilidad de fallecimiento por cada 100 000 nacidos vivos.

<sup>iv</sup> Algunas prácticas cotidianas del personal de salud se relacionan con este miedo y con la inasistencia de las mujeres a los nosocomios. Por ejemplo, retirar los elementos de protección, como los listones rojos; imponer la posición horizontal en el parto, que para las mujeres indígenas es motivo de mayor dolor y dilación en el proceso, maltrato y frases humillantes que producen coraje e impotencia y podrían incidir en enfermedades futuras y en afectaciones durante el parto.

<sup>v</sup> La línea de Acción 4.2.3. del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013–2018 señala: “Fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.”<sup>3</sup>

diciembre de 2014,<sup>4</sup> la que señala cuáles son las mejores intervenciones en cada momento del parto. Este abordaje incluye la definición y promoción de modelos de espacios de atención en condiciones de seguridad y competencia cultural, como la Unidad de Posada de Nacimiento.

Desde el año 2008, este modelo favoreció el desarrollo de implementos específicos para facilitar su operación (mesas y bancos obstétricos, batas humanizadas), los que fueron definidos en procesos de participación intercultural y se basaron en la escucha a mujeres usuarias, obstetras, parteras y enfermeras. Estas acciones fueron coordinadas por personal del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC) y de la DGPLADES.

De esta forma, se ha brindado capacitación teórica práctica sobre este modelo en más de 30 unidades de salud y hospitales de la SSA, entre los que destacan dos por su implantación completa: Hospital de La Guajolota, en Durango (desde noviembre de 2013) y Hospital General de Tula, en Hidalgo (desde febrero de 2014).

## Hospital Integral La Guajolota: ejemplo intercultural<sup>v</sup>

Este nosocomio se encuentra ubicado en la sierra del estado de Durango y fue inaugurado el 7 de julio del año 1999, pertenece al municipio San Francisco del Mezquital y atiende a la mayoría del grupo étnico de los tepehuanos del sur, así como a población huichola y mexicana. Desde el inicio de sus operaciones incluyó en su atención el enfoque intercultural, con la incorporación de espacios con terapeutas tradicionales, entre personas yerbateras, sobadoras y parteras.

La capacitación teórico-práctica para el personal de salud se llevó a cabo entre el 28 y el 31 de octubre de 2013<sup>vi</sup> y se incluyó a las parteras tradicionales de la región. Los objetivos fueron:

1. Sensibilizar y capacitar al personal de salud en el “Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado intercultural y seguro”.
2. Establecer acuerdos entre el personal de salud y las parteras tradicionales participantes, con el fin de mejorar la atención perinatal de las mujeres indígenas a través de la metodología “Encuentros de Enriquecimiento Mutuo”.
3. Favorecer la implantación de este modelo de atención en conjunto con las parteras tradicionales indígenas de las etnias tepehuana, huichola y mexicana.



Esteban Montoya Zamora

<sup>v</sup> Esta sección del artículo fue elaborada por el doctor Esteban Montoya, quien dedica su colaboración a su esposa Selena Pérez Navar y a su hija Selene, que en paz descansa.

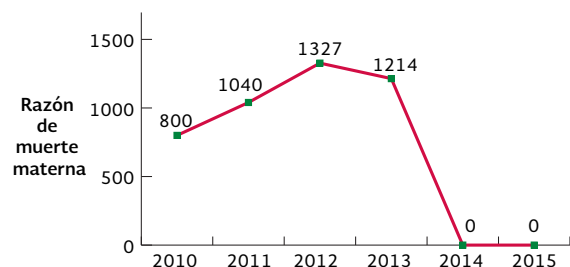
<sup>vi</sup> Este proceso de capacitación contó con el apoyo del doctor Edgar Guadalupe Ortiz Barboza, director del hospital, y fue clausurado por el doctor Eduardo Díaz Juárez, secretario de Salud y director general de los Servicios de Salud de Durango, así como por la señora Teresa Álvarez del Castillo de Herrera, presidenta del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia.

De esta manera, se integró el conocimiento de este modelo bajo la normatividad vigente, la articulación y la entrega de equipo a las parteras tradicionales de esta región, en conjunto se conformaron estrategias para la reducción de la mortalidad materna, las cuales fueron definidas por el secretario de los Servicios de Salud de Durango.

El proceso de capacitación se realizó dos meses después de la tercera defunción materna, ocurrida el 9 de agosto de 2013 –Día Internacional de las Poblaciones Indígenas– y cuya causa directa fue una hemorragia obstétrica posparto consecutiva a atonía uterina. Esto indignó a la comunidad y se consideró como un área de oportunidad para recibir el apoyo de la DGPLADES, a través de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI), para capacitar e implantar este modelo de atención, el cual se otorgó a partir del 1° de noviembre de ese mismo año. Desde entonces, en el Hospital Integral La Guajolota se atienden todos los partos de manera humanizada e intercultural, en posiciones verticales y se permite la entrada de alguna persona de la familia elegida por las usuarias, con acompañamiento y trabajo conjunto de las parteras tradicionales, si las mujeres así lo solicitan.

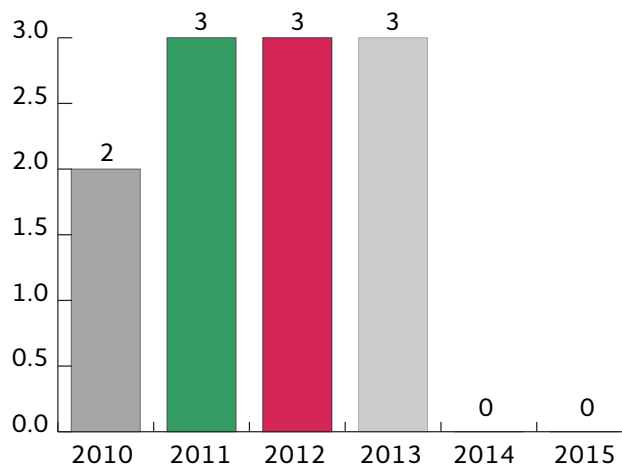
A partir de la implementación de este modelo de atención no se ha presentado otra defunción materna en el área de influencia de la zona de La Guajolota.<sup>vii</sup> Los resultados en la reducción de la mortalidad materna se reflejan en las gráficas 1 y 2, que indican la disminución de las defunciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, así como de la RMM.

**Gráfica 1. Razón de muerte materna. Área de influencia del Hospital Integral La Guajolota, Durango. 2010-julio de 2015**



Fuente: elaboración propia.

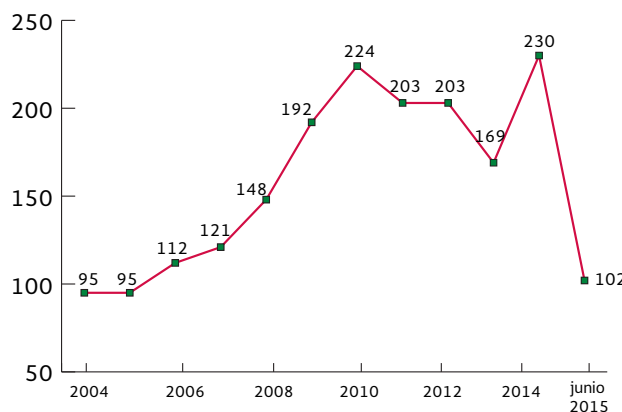
**Gráfica 2. Número de defunciones maternas. Área de influencia del Hospital Integral La Guajolota, Durango. 2010-julio de 2015**



Fuente: elaboración propia.

En la gráfica 3 se muestra el número de partos atendidos de forma anual desde 2004, año en el cual se inició este registro, y hasta el mes de junio de 2015.

**Gráfica 3. Número de partos atendidos. Hospital Integral La Guajolota, Durango. 2004-junio de 2015**



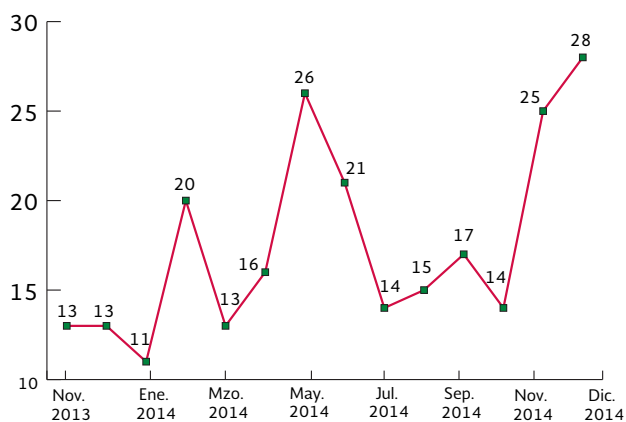
Fuente: elaboración propia.

Como puede observarse en la gráfica 4, en el mes de noviembre de 2013 se atendieron 13 partos con el “Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro”, después se ha utilizado la mesa obstétrica para atención

<sup>vii</sup> Esta zona abarca San Miguel de Temohaya, Las Margaritas, Mesa de Platanitos, Agüita Zarca, Laguna del Chivo, Santiaguillo, Los Charcos, La Guajolota, Santa María de Ocotán, Llano Grande, Las Flores y Santa María de Huazamba.

intercultural del parto en posición vertical, diseñada por la DGPLADES y el CENETEC. De esta forma, desde la implantación del parto vertical humanizado y hasta el mes de junio del año 2015, se han atendido 348 partos, en los cuales no se han presentado complicaciones.

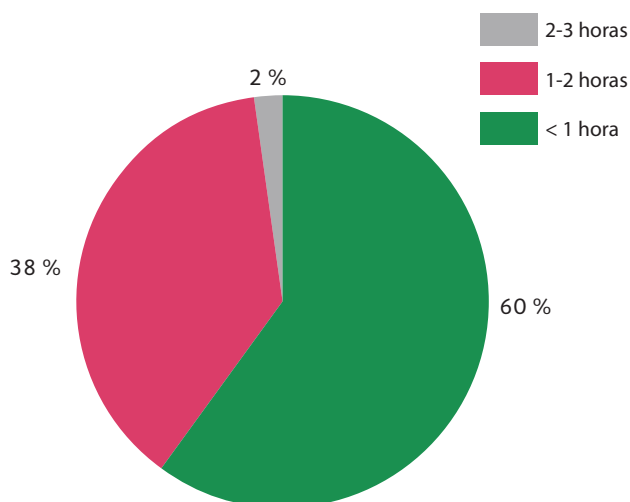
**Gráfica 4. Número de partos verticales atendidos.  
Hospital Integral La Guajolota, Durango.  
Noviembre de 2013 a diciembre de 2014**



Fuente: elaboración propia.

Este modelo de atención también ha impactado en la disminución del tiempo de trabajo de parto intrahospitalario, pues 60% de las mujeres atendidas utiliza menos de una hora desde el momento de su ingreso hasta el nacimiento.

**Gráfica 5. Tiempo total de trabajo intrahospitalario.  
Hospital Integral La Guajolota, Durango**



Fuente: elaboración propia.

En este sentido, consideramos que al desbloquear los mecanismos fisiológicos es factible una adecuada acción de sustancias naturales como la oxitocina, la endorfina y la relaxina, para lo cual es indispensable una atención más humanizada, sin estrés y sin realizar molestas acciones de rutina, como la episiotomía, la ruptura artificial de membranas, la inductoconducción del trabajo de parto, la realización de tricotomías y el uso de enemas. Los mecanismos fisiológicos también se potencian con el acompañamiento psicoemocional del personal de salud, la familia y la partera, con explicaciones en su lengua materna, la utilización de masajes, la posición vertical y la eliminación de otras barreras culturales.

Este modelo de atención incluyó el trabajo conjunto con las parteras tradicionales, con acciones de referencia más eficaces para el control de las mujeres en la unidad médica más cercana, así como la detección de señales de alarma.<sup>viii</sup> Lo anterior facilitó la referencia oportuna de la emergencia obstétrica por hemorragia postparto, la estabilización y la comunicación con el hospital resolutivo, así como la implementación de un equipo de respuesta inmediata, en el que las parteras tradicionales son el pilar fundamental para evitar la muerte materna. Este encuentro de enriquecimiento mutuo evitó dos defunciones relacionadas con hemorragia obstétrica y el proceso de atención con enfoque intercultural se fortaleció con las siguientes acciones:

1. Capacitación en soporte vital avanzado para la atención de la emergencia obstétrica.
2. Convenio de traslado aéreo para el envío inmediato y oportuno de la usuaria con emergencia obstétrica y perinatal.
3. Creación de redes sociales de apoyo con el componente de madrinas y padrinos comunitarios.
4. Difusión de mensajes de salud que incluyan las lenguas hablantes de la región y a través de radiodifusora de Santa María de Ocotán: "La voz de los tres pueblos".
5. Capacitación en la temática de interculturalidad y salud en los hospitales integrales y centros de salud pertenecientes a los Servicios de Salud de Durango, así como en las unidades de medicina rural de IMSS Prospera.
6. Capacitación en reanimación del recién nacido a las parteras tradicionales.

<sup>viii</sup> Cabe señalar que las parteras tradicionales y el personal brigadista de las unidades móviles imparten pláticas a las mujeres y a sus familias sobre el reconocimiento de señales de alarma en el embarazo y el trabajo de parto.

A partir de la experiencia de la implantación de este modelo en el Hospital Integral La Guajolota se han identificado beneficios que inciden en la difusión del trato y atención dignos para la población de comunidades cercanas, como son:

- Disminución de la morbilidad materna y perinatal.
- Inicio precoz de la unión madre-hija o hijo, que beneficia el comienzo exitoso de la lactancia materna y fortalece la iniciativa “Hospital amigo del niño y la niña”.
- Trabajo de parto con duración más corta y evitando acciones rutinarias que afectan la integridad de las usuarias y que tienen repercusiones negativas, como la episiotomía, el uso la ruptura artificial de membranas y solicitar a las mujeres en trabajo de parto que realicen esfuerzos de pujo de larga duración y con la mayor fuerza posible.
- Presencia de profesionales de la salud con competencia intercultural y conocimientos sobre los usos y costumbres, así como el apoyo de las parteras tradicionales de la región.
- Seguimiento efectivo mayor a 24 horas del puerperio inmediato con estancia intrahospitalaria.
- Incremento de la demanda de atención en el número de partos atendidos.
- Posicionamiento de una cultura de buen trato en el embarazo, parto y puerperio, fundamentada en las evidencias científicas y los Derechos Humanos.

- Uso de métodos de planificación familiar posterior al evento obstétrico, basados en una comunicación respetuosa y digna.

Estos beneficios, aunados a la exitosa experiencia de la implantación de este modelo, nos permiten proyectar y considerar acciones futuras, como su consolidación en los Servicios de Salud en los municipios con mayor razón de mortalidad materna, como Victoria de Durango y Gómez Palacio. Asimismo, es factible distribuir seis mesas de parto vertical y ocho bancos ergonómicos en los Hospitales Integrales de La Guajolota, Huazamota, Mezquital y El Salto, e incluir a otros nosocomios en la implantación de ese modelo. La intención es brindar estímulos a las parteras tradicionales que tienen mayor vinculación con los hospitales con el fin de ofrecerles condiciones operativas (equipo y capacitación) para la atención del embarazo, el parto y el puerperio, incorporándolas de manera orgánica en las redes de servicios.

**Hospital General de Tula: centro estatal de capacitación del “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro”<sup>ix</sup>**

Este hospital se inauguró el 16 de mayo del año 2006 y su zona de influencia es urbana y rural, por lo que se atiende a población mestiza e indígena ñaño (otomí) y nahua. En la actualidad cuenta con 60 camas censables (18 para Ginecología y Obstetricia), tres quirófanos (uno para el área de nuestro interés), una sala de atención de parto y una sala de labor con ocho camas.

El objetivo principal de la implantación del modelo del parto humanizado en el Hospital General de Tula fue mejorar la calidad de la atención de la mujer embarazada y constituirse como ejemplo en la ruptura de paradigmas, con el fin último de disminuir la muerte materna.

Desde el año de 2004, personal de este hospital y del Hospital General de Petróleos Mexicanos (PEMEX) de esa misma región asesoró a la



Esteban Montoya Zamora

<sup>ix</sup> Esta sección del artículo es una colaboración de los ginecoobstetras Marco Antonio Ortega Sánchez y Daniel Guillermo Gutierrez Guadarrama quienes dedican este esfuerzo a todas las madres y recién nacidas y nacidos que han muerto y/o sufrido de violencia obstétrica. Para que esto no vuelva a suceder más.

DMTyDI en la definición del modelo intercultural basándose en fundamentos científicos.<sup>x</sup> A partir del año 2007 inició un proceso de apertura para la implantación de este modelo en el primer hospital, mismo que se formalizó y consolidó en el mes de febrero de 2014.

Desde años antes, médicas y médicos obstetras del Hospital General de Tula cuestionamos nuestro quehacer diario ante las evidencias científicas, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el desarrollo de un modelo humanizado que se difundía en el continente americano. Las controversias se centraban en identificar el momento más adecuado para ingresar a las mujeres en trabajo de parto, la venopunción y la canalización rutinaria, la conducción con oxitocina, el enema evacuante previo a su ingreso y la tricotomía, entre otras prácticas.

A partir del 2006, en el Hospital General de Tula se llevaron a cabo dos cursos anuales de interculturalidad y al año siguiente, por invitación de la DGPLADES se participó en el diseño de la mesa obstétrica para atención intercultural del parto en posición vertical y se gestionó su adquisición en 2008. Asimismo, se propuso este modelo de atención como innovación a la calidad y se inició el proceso para su implantación, que ocurrió de manera gradual y durante el turno matutino, debido a algunas resistencias y comentarios de descalificación.

Así, sin violentar el curso de los procesos, se invitó al personal de salud para que conociera otra modalidad de atención y en 2010 se participó en el Foro Estatal de Calidad con un cartel alusivo.

El proceso de implantación de este modelo contó con el respaldo de la DMTyDI y la DGPLADES, así como del área de Salud Reproductiva de los Servicios de Salud de Hidalgo<sup>xi</sup> y también se logró obtener el apoyo del doctor Pedro Luis

Noble Monterrubio, secretario de Salud de Hidalgo, y de otras autoridades.<sup>xii</sup> El resultado fue la realización de foros estatales de sensibilización y la implantación del modelo basado en evidencias científicas para garantizar su seguridad, para lo cual se contrató al doctor Daniel Guillermo Gutiérrez Guadarrama, ginecoobstetra con especialidad en medicina materna fetal y experto en el aprovechamiento de las investigaciones científicas. Asimismo, se contó con el respaldo del doctor Roberto Castrejón Lugardo, quien ha impartido cursos para sensibilizar al personal del hospital.

Este proceso se consolidó en febrero de 2014 con la implantación al 100% del modelo en el Hospital General de Tula, lo que incluyó la adquisición de otras dos mesas obstétricas para atención intercultural en posición vertical y la exclusión de las mesas convencionales que se tenían para atención en posición de litotomía.

La transición al “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro” inició con la selección del personal de Tococirugía con el mejor perfil para la propuesta y de forma gradual se logró la adhesión de otras y otros profesionales. Además, se demostró que las mesas obstétricas adquiridas permiten realizar las actividades necesarias para algunos casos, como la atención de distocia de hombros, episiotomías, episiorrafias y aplicación de fórceps.

Los resultados fueron positivos, por lo que el secretario de Salud de Hidalgo presentó esta experiencia exitosa en la VI Reunión Ordinaria del Consejo Nacional de la Salud, del año 2014, y poco tiempo después anunció la incorporación gradual en el resto de la entidad, así como la constitución del Hospital General de Tula como centro estatal de capacitación en este modelo de atención, por lo que se han impartido varios cursos y se recibe a personal médico directivo de diversos hospitales para el trabajo que se realiza.

<sup>x</sup> Por parte del Hospital General de Tula participó el doctor Marco Antonio Ortega Sánchez, coautor de esta colaboración y por el Hospital General PEMEX de Tula lo hizo el anestesiólogo José Ramírez Ferral.

<sup>xi</sup> En particular del doctor Ivanov Sánchez Galicia, coordinador de los Programas de Cáncer de la Mujer, Lactancia Materna y Estrategia del Parto Humanizado e Intercultural en Posición Vertical

<sup>xii</sup> En específico del doctor José Antonio Copca García, subsecretario de Prestaciones de Servicios Médicos, del doctor Miguel Ángel Castellanos, director de Atención Hospitalaria, y del doctor Amado Rafael Meneses Monroy, director del Hospital General de Tula.

## El enfoque de evidencias en el Hospital General de Tula

Un aspecto fundamental para el éxito de este modelo fue definir que la atención perinatal del personal médico debe de ser regida por la medicina basada en evidencias, enfoque de la práctica de la Medicina que integra la mejor evidencia científica para tomar decisiones en el manejo médico.<sup>5</sup> A continuación se describen los elementos implantados en el Hospital General de Tula, los que se sustentan en este enfoque:

1. Posición vertical:<sup>xiii</sup> se realiza con la mesa obstétrica para la atención intercultural en posición vertical y diseñada en procesos interculturales por el CENETEC y la DGPLADES, permite que la mujer esté

sola o acompañada por una persona de su familia, quien está atrás de ella y se colocan en diferentes posiciones de acuerdo a su elección. Esta mesa ha sido exitosa para los propósitos esperados.

2. Acompañamiento y soporte continuo durante el trabajo de parto:<sup>xiv</sup> el hospital capacitó a dos psicólogas para que brinden el acompañamiento tipo “doula” en el turno matutino y el vespertino.<sup>xv</sup>
3. Apego inmediato “piel a piel” de madres y recién nacidos sanos,<sup>xvi</sup> apoyado por el personal de pediatría del hospital.
4. Manejo activo del tercer estadio trabajo de parto<sup>xvii</sup> con la aplicación de oxitócicos.
5. Pinzamiento tardío del cordón umbilical.<sup>xviii</sup>

<sup>xiii</sup> La posición vertical se refiere a la atención de la mujer en el periodo expulsivo del trabajo de parto, en el cual su torso y canal pelviano se encuentran en un ángulo de 45° a 90° con respecto al plano horizontal, correspondiendo a las posiciones de sentada, sentada acucillada, en cuclillas, hincada y de pie.<sup>6</sup>

De acuerdo con las revisiones sistemáticas de la Cochrane, la posición vertical ha demostrado durante el primer periodo del trabajo de parto una disminución en el tiempo de atención con una diferencia de medias ponderada (DMP) de -1.36 (intervalo de confianza (IC) 95% -2.22 a -0.51); disminución de cesárea con un riesgo relativo (RR) de 0.71 (IC 95% 0.54 a 0.94), reducción del uso de analgesia epidural con RR 0.81 (IC 95% 0.66 a 0.99) y disminución en la admisión a unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) con un RR 0.20 (IC 95% 0.04 a 0.89). Durante el segundo periodo del trabajo de parto sin anestesia epidural se ha demostrado la disminución en el número de partos vaginales asistidos (fórceps o vacuum) (RR 0.78; IC 95% 0.68-0.90), reducción del uso de episiotomía RR 0.79 (IC 95% 0.70-0.90), disminución en desgarros de segundo grado (RR 1.35; IC 95% 1.20-1.51); disminución en la pérdida sanguínea mayor de 500 cc (RR 1.65; IC 95% 1.32-2.60) y reducción en registros cardiotocográficos (RCTG) categorías 2-3 (se refiere a compromiso fetal) (RR 0.46; IC 95% 0.22-0.93). En primigravidas se reduce la duración del segundo periodo, media de 3.24 minutos (IC 95% 1.53-4.95 minutos).<sup>7</sup>

<sup>xiv</sup> Se refiere al acompañamiento psicoemocional personalizado y brindado por una persona durante todo el trabajo de parto, quien proporciona apoyo afectivo, identifica signos de la salud materna y fetal, ayuda a la respiración y relajamiento, incorpora algunas técnicas desmedicalizadas para disminución del dolor (masaje y puntos de presión) y está pendiente de cualquier alteración del trabajo de parto, comunicándola de forma inmediata al personal médico especializado. Puede ser brindado por personal de salud (en formación, “doulas” y parteras profesionales), parteras tradicionales, personal voluntario (madrinas obstétricas) y familiares.<sup>8</sup>

<sup>xv</sup> De acuerdo con la Cochrane, el acompañamiento psicoemocional continuo ha demostrado un aumento en el parto vaginal espontáneo RR 1.08 (IC 95% 1.04 a 1.12), disminución en el uso de analgesia intraparto RR 0.90 (IC 95% 0.84 a 0.97), reducción en la insatisfacción RR 0.69 (IC 95% 0.59 a 0.79), disminución en el tiempo de parto DMP -0.58 horas (IC 95% -0.86 a -0.30), disminución en cesárea RR 0.79 (IC 95% 0.67 a 0.92), reducción en parto instrumentado RR 0.90 (IC 95% 0.84 a 0.96), disminución en el uso de analgesia regional RR 0.93 (IC 95% 0.88 a 0.99) y reducción en la obtención de calificación de Apgar bajo RR 0.70 (IC 95% 0.50 a 0.96).<sup>9</sup>

<sup>xvi</sup> El apego inmediato es el contacto piel a piel entre la madre y la o el neonato de forma inmediata posterior al nacimiento. Consiste en colocar a la o el recién nacido desnudo en posición decúbiteo ventral sobre el torso desnudo de la madre, estimulando la toma del pezón y el inicio temprano de la lactancia. También se llevan a cabo los primeros cuidados y la valoración del Apgar sobre la madre, se retrasa la somatometría y cuidados no urgentes.<sup>10</sup>

Según la Cochrane, el contacto inmediato piel a piel, demostró el aumento en la lactancia materna al mes y cuatro meses post-nacimiento RR 1.27 (IC95% 1.06-1.53), incremento en la duración de lactancia materna a 42.55 días (IC 95% -1.69 a 86.79), mayor estabilidad cardio-respiratoria en pretérminos tardíos MD 2.88 (IC 95% 0.53 a 5.23) y el incremento en la glucosa sanguínea 75 a 90 minutos posteriores al nacimiento MD 10.56 mg/dL (IC 95% 8.40 a 12.72).<sup>11</sup>

<sup>xvii</sup> El manejo activo del tercer periodo consiste en la aplicación, de manera inmediata al nacimiento, de un útero-tónico a la madre, más tracción controlada del cordón umbilical y masaje uterino. Lo anterior disminuye la hemorragia materna >1000 RR 0.34 (IC 95% 0.14 a 0.87) y reduce la hemoglobina materna posterior al nacimiento <9 g/dL RR 0.50 (IC 95% 0.30 a 0.83).<sup>12</sup>

<sup>xviii</sup> El pinzamiento tardío del cordón umbilical ha demostrado un aumento en las reservas de hierro a un año de seguimiento en las y los recién nacidos RR 2.65 (IC 95% 1.04 a 6.73) y por lo tanto se disminuye el riesgo de desarrollar anemia.<sup>13</sup>



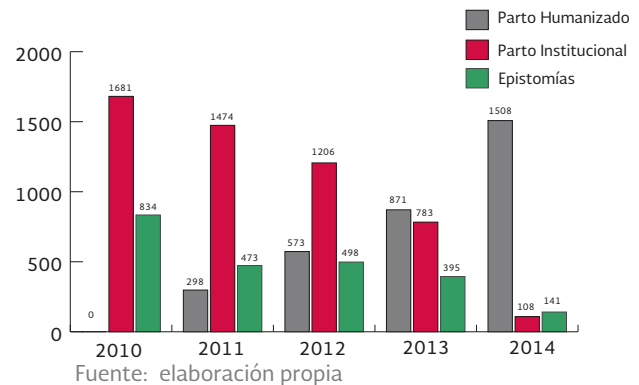
6. El abandono de la realización de tricotomías<sup>xxix</sup> y la aplicación de enemas.<sup>xx</sup>
7. La nutrición y el consumo de líquidos vía oral, con la facilitación de la ingesta de agua y jugos en el hospital durante el trabajo de parto, si la usuaria tiene sed o hambre.<sup>xxi</sup>
8. Estimulación de la deambulación y cambios de posición durante el trabajo de parto, de acuerdo con los requerimientos de cada mujer.<sup>xxii</sup>
9. Utilización de técnicas para reducir el trauma perineal, como el uso de compresas calientes.<sup>xxiii</sup>
10. No utilización de episiotomía de rutina.<sup>xxiv</sup>
11. No realización de la revisión manual de la cavidad uterina.<sup>xxv</sup>

En general, se pretende seguir con las evidencias y recomendaciones definidas en la Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo, actualización diciembre de 2014, y se han incorporado otros elementos. Es importante señalar que cuando es posible se aplica a la mujer en trabajo de parto un catéter heparinizado, el objetivo es mantener la vena permeable y evitar la canalización intravenosa.

La implantación de este modelo ha derivado en cambios importantes y resultados destacados en la atención del parto. Cabe señalar que en el

Hospital General de Tula se han atendido 3 250 partos humanizados entre los años 2010 y 2014 (Gráfica 6).

**Gráfica 6. Número de partos atendidos con el “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro”, partos “institucionales” y episiotomías. Hospital General de Tula, 2010-2014**



Como puede observarse en el cuadro 1, desde la implantación del modelo en febrero de 2014 y hasta junio de 2015, se han atendido 2 174 partos con esta modalidad, de una total de 2 306.

**Cuadro 1. Partos atendidos. Hospital General de Tula. Febrero de 2014 a junio de 2015**

Partos 2014 totales:	1616
partos 2014 con el modelo:	1508
Partos 2015 de enero a junio totales:	690
partos 2015 de enero a junio con el modelo:	666
Cero casos de muerte materna	

Fuente: elaboración propia

- <sup>xix</sup> En el rasurado perineal no existen diferencias significativas en cuanto a morbilidad por fiebre materna, razón de momios RM 1.16 (IC 95% 0.70 a 1.90) u otros resultados perinatales adversos, por lo que no se recomienda su uso por la incomodidad que provoca a las mujeres.<sup>14</sup>
- <sup>xx</sup> Con el uso de enemas no existen diferencias significativas en frecuencia de infección en puerperio, RR 0.66 (IC 95% 0.42 a 1.04) o infección en neonatos RR 1.12 (IC 95% 0.76 a 1.67), después de un mes de seguimiento. Por lo tanto no se recomienda su uso por la incomodidad que ocasiona a las mujeres.<sup>15</sup>
- <sup>xxi</sup> La nutrición durante el trabajo de parto no ha demostrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a interrupción vía abdominal, RR 0.89 (IC 95% 0.63 a 1.25), parto instrumentado RR 0.98 (IC 0.88 a 1.10) y Apgar menor de 7 a los 5 minutos, RR 1.43 (IC 95% 0.77 a 2.68). Por lo que si la usuaria expresa sed, se le puede dar a beber agua y en caso de manifestar hambre puede comer.<sup>16</sup>
- <sup>xxii</sup> La deambulación y los cambios de posición aumentan la tasa de parto vaginal y la probabilidad de recibir menos analgesia, además disminuyen el tiempo de dilatación. No hay diferencias en tasas de hemorragia o traumatismo y el sufrimiento fetal o Apgar.<sup>17,18</sup>
- <sup>xxiii</sup> Respecto a las técnicas para reducir el trauma perineal, el uso de compresas calientes ha mostrado la reducción de desgarros de tercer y cuarto grado RR 0.48 (IC 95% 0.28 a 0.84). Además, el masaje vs “manos fuera” también disminuye desgarros de tercer y cuarto grado RR 0.52 (IC 95% 0.29 a 0.94). Mientras que “manos fuera” (o listas) vs manos activas (Ritgen) reducen la frecuencia de episiotomía RR 0.69 (IC 95% CI 0.50 a 0.96).<sup>19</sup>
- <sup>xxiv</sup> Evitar la episiotomía demostró la disminución en el trauma perineal severo RR 0.67 (IC 95% 0.49 a 0.91), reducción en la reparación de desgarros RR 0.71 (IC 95% 0.61 a 0.81) y disminución en complicaciones de cicatrización RR 0.69 (IC 95% 0.56 a 0.85).<sup>20,21</sup>
- <sup>xxv</sup> La revisión manual de la cavidad uterina de forma rutinaria no tiene sustento científico por el alto riesgo de muerte por choque neurogénico debido al dolor al realizar dicha maniobra. No existe evidencia científica respecto a su recomendación.<sup>22-24</sup>

La realización de episiotomías se redujo de forma sustancial, de 49.6% en el año 2010 a 8.7% en 2014. Respecto a la atención de partos, en el año 2010 la totalidad de estos eventos obstétricos se atendieron de forma “institucional” o “paradigmática”, mientras que para 2014 solo 6.6% tuvieron esa forma de atención, lo que implica que 93.4% tuvo un abordaje desde el modelo de parto humanizado.

Asimismo, se reportó la disminución en la realización de cesáreas, pues en el año 2010 el índice fue de 40.8% y en 2014 alcanzó 38.3%, es decir, el decremento fue de 2.5%. Este mismo comportamiento se observa en la hemorragia obstétrica, cuya reducción en cuatro años es de 0.19%. Además, es importante señalar que en circunstancias en las que es necesario el uso de fórceps o la práctica de una cesárea, se promueve en lo posible la atención humanizada.<sup>xxvi</sup>

Este modelo se complementa con el “Club del Embarazo”, propuesta que consiste en 12 pláticas a las mujeres embarazadas y a sus familias, en las que se brinda información médica, pediátrica, de psicoprofilaxis y de nutrición, basada en evidencias científicas y que abarca desde el embarazo hasta el postparto; además, se les dan a conocer los procedimientos de este modelo de atención.

Respecto al enfoque intercultural, se pretende tener una relación de enriquecimiento mutuo con las parteras tradicionales de la región, por lo que los días 17 y 18 de junio de 2015 se contó con la visita de un grupo de parteras indígenas para que conocieran este modelo y atendieron partos de forma conjunta para que el personal médico aprendiera algunos de sus conocimientos.



Marco Antonio Ortega Sánchez  
y Daniel Guillermo Cutiérrez Guadarrama

A partir de la constitución del Hospital General de Tula como Centro Estatal de Capacitación,<sup>xxvii</sup> se han realizado cuatro cursos teórico-prácticos impartidos a personal médico de Ginecoobstetricia, Pediatría, Anestesiología y Enfermería, proveniente de hospitales jurisdiccionales de Hidalgo y del Estado de México, de la Cruz Roja Mexicana y del Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, así como a parteras de los municipios aledaños al nosocomio. También se han llevado a cabo conferencias sobre la aplicación de este modelo de atención en diversos foros nacionales, desde Chihuahua hasta Yucatán. Asimismo, se participó en el XX Congreso Regional del Colegio Mexicano de Especialistas de Ginecología y Obstetricia.

Entre las tareas pendientes en el Hospital General de Tula destaca la consolidación de este modelo, incluyendo las recomendaciones de la OMS. También es fundamental incidir y facilitar su implantación en otros hospitales de Hidalgo para fortalecer la relación intercultural con las parteras tradicionales.

## Conclusiones

La implementación del “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro” en los hospitales de La Guajolota, Durango y General de Tula, Hidalgo, ha mejorado la atención que se brinda en estas regiones y ha roto paradigmas a nivel nacional, pues se ha demostrado que es posible su implantación completa. Para ello se ha requerido del apoyo de las autoridades y de un proceso de información-sensibilización-capacitación que modifique las actitudes y procedimientos de manera gradual, pero definitiva.

El caso del Hospital Integral de la Guajolota en Durango representa a los nosocomios comunitarios pequeños que se encuentran en zonas indígenas y se ha mostrado cómo es posible alcanzar una atención más personalizada, que incorpore a la familia, las costumbres de la región y la participación de las parteras tradicionales; todo enmarcado en un ámbito intercultural.

<sup>xxvi</sup> Es decir, con una atmósfera confortable, el corte tardío del cordón umbilical, el apego inmediato madre-hija o hijo y facilitar que una persona de la familia la acompañe durante estos eventos. En este sentido, el Hospital General de Tula cuenta con vídeos para capacitar en ambos procedimientos bajo el modelo intercultural y humanizado.

<sup>xxvii</sup> Cabe señalar que en la práctica este Centro Estatal también ha funcionado como Centro Nacional de Capacitación.