Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Medicina

PREFERENCIA DE VÍA DE DESEMBARAZO EN GINECO-OBSTETRAS DOMINICANAS QUE ESTÁN EN SU PERÍODO DE REPRODUCCIÓN.

Trabajo de grado presentado por Yuko Wakasugi y Mariela Blas Bondarchuk para la obtención del grado de:

DOCTOR EN MEDICINA

Santo Domingo, D. N.

2014

CONTENIDO

Agradecimientos
Dedicatorias
Resumen
Abstract
I. Introducción. 1
I.1. Antecedentes. 2
I.2. Justificación. 3
II. Planteamiento del Problema. 4
III. Objetivos. 5
III.1. General. 5
III.2. Específicos. 5
IV. Marco teórico 6
IV.1. Embarazo. 6
IV.2. Parto. 6
IV.2.1. Definición. 6
IV.2.2. Clasificaciones. 6
IV.2.3. Parto vaginal. 7
IV.2.3.1. Los síntomas de parto. 7
IV.2.3.2. Duración del trabajo de parto. 8
IV.2.3.3. Las contracciones de parto. 8
IV.2.3.4. Fases en el parto. 9
IV.2.3.5. Curvas. 10
IV.2.3.6. Periodos del parto. 11
IV.2.3.7. Episiotomía. 17
IV.2.3.7.1. Propósitos de la episiotomía. 17
IV.2.3.8. Mediolateral. 19
IV.2.3.9. Ventajas. 20
IV.2.4. Parto por cesárea. 20
IV.2.4.1. Breve historia de la cesárea. 20
IV.2.4.2. Incidencia de la cesárea. 21
IV.2.4.3. Análisis de las causas del aumento de cesáreas. 21

IV.2.4.4. Beneficios. 22
IV.2.4.5. Por otra parte están los riesgos de la cesárea para las madres y el recién nacido. 23
IV.2.4.6. Motivos que hacen que sea necesario un parto por cesárea. 24
IV.2.4.7. El procedimiento. 26
IV.2.4.8. Preparación. 26
IV.2.4.9. Anestesia. 26
IV.2.4.9.1. Anestesia regional. 27
IV.2.4.9.2. Anestesia peridural. 27
IV.2.4.9.3. Bloqueo subaracnoideo para cesárea. 27
IV.2.4.10. Cesárea. 27
IV.2.4.11. Medidas preoperatorias. 28
IV.2.4.12. Técnicas. 30
IV.2.4.13. Complicaciones. 34
V. Operacionalización de las variables 39
VI. Material y Métodos. 40
VI.1. Tipo de estudio. 40
VI.2. Demarcación geográfica. 40
VI.3. Población y muestra. 40
VI.4. Criterios. 40
VI.4.1. De inclusión. 40
VI.4.2. De exclusión. 41
VI.5. Instrumento de recolección de la información. 41
VI.6. Procedimiento. 41
VI.7. Tabulación y análisis. 42
VI.8. Aspectos éticos. 42
VII. Resultados. 43
VIII. Discusión. 50
IX. Conclusiones. 52
X. Recomendaciones. 53
XI. Referencias 54

XII. Anexos. 59
XII.1. Cronograma 59
XII.2. Instrumento de recolección de datos 60
XII.3. Formulario de consentimiento informado. 62
XII.4. Costos y recursos 63
XII.5. Evaluación. 64

AGRADECIMIENTOS

A la UNPHU por darnos la oportunidad de estudiar y ser unas profesional.

A nuestros asesores de tesis, Dr. Plinio Cabrera y Dr. Rubén Darío Pimentel que con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación han ayudado a realizar ésta tesis.

También a nuestros profesores ya que todos han aportado con un granito de arena a mi formación.

DEDICATORIAS

For my dad, Nacho and Mario, without whose support I could have never reached here.

Yuko Wakasugi

DEDICATORIAS

Primero que nada agradecer a Dios por ayudarnos a perseverar en éste camino.

A mi mamá, Pau, Lele, Ale, Agus y Sil que aunque estén lejos están cerca, ¡los quiero!

A Sabri y Ale, por el ánimo.

A mi enano, Messi, definitivamente el mejor amigo del hombre.

A Flor, Cacha, Clarita, Hugo y Pipo, que son mis hermanos del alma, gracias por su amistad, consejos, apoyo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida y que me dieron las pilas para continuar.

A Armando, que siempre me ayudó y me motivó a seguir adelante.

Y a todos los que están conmigo, que, sin importar en donde estén quiero darles las agradecerles por formar parte de mí.

"A veces sentimos que lo que hacemos es tan sólo una gota en el mar, pero el mar sería mucho menos si le faltara una gota."
Madre Teresa de Calcuta

Mariela Blas Bondarchuk

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal que tuvo por objeto la recolección de la información sobre la forma preferida de vía de desembarazo en gineco-obstetras que están en su periodo de reproducción. En total en éste estudio, las gineco-obstetras de Santo Domingo prefieren parto vaginal a cesárea para ellas mismas. La razón para esa preferencia es porque creen que es el estándar y no ven la necesidad de optar por otra vía cuando no existe ninguna indicación médica. Las franjas comprendidas entre 25-29, 30-34 y 35-39 años tienen un alto porcentaje de preferencia a cesárea comparada con la misma tasa para las otras franjas demostrando una tendencia muy alta a preferir la vía de desembarazo cesárea. Mientras la razón principal para preferir cesárea es temor al dolor, la mayoría prefiere parto vaginal porque es natural. Esta investigación tuvo un resultado muy similar a los de otros estudios ya mencionados y además demuestra las razones por la cual las gineco-obstetras en Santo Domingo prefieren cada vía de desembarazo. Comparando el resultado con la tasa de cesárea en el país, aunque la tasa sobrepasa la recomendación de OMS, no existe una gran diferencia y podemos concluir que no hay contradicción entre práctica en los pacientes y la preferencia de las gineco-obstetras. Sin embargo, cuando analizamos el resultado por la edad de médicos, existe gran diferencia entre ellos. Sólo el 6 por ciento de los médicos que están entre 40-49 años prefieren a cesárea. Cuando éstas gineco-obstetras jóvenes lleguen a ser la mayoría de las gineco-obstetras del país, la tasa de nacimiento por cesárea puede aumentar, sumado a las pacientes jóvenes que prefieren cesárea, pero lo más importante es que en el juicio médico, la elección de una acción u omisión de ella debe considerar como primera prioridad la seguridad y el beneficio de los pacientes. En relación a la decisión sobre la vía de parto, el médico debe elegir en base a qué tipo de parto representa un mejor resultado para la madre y el recién nacido.

Palabras clave: Vía de desembarazo, gineco-obstetras, parto vaginal, parto por cesárea

ABSTRACT

An observational, descriptive, cross-sectional study was designed to collect information about the preferred mode of delivery among gynaeco-obstetricians who are in their reproductive period. Overall in this study, the gynaeco-obstetricians in Santo Domingo prefer vaginal delivery to C-section for themselves. The reason for this preference is because they believe that is the standard and do not see the need to choose other mode of delivery when there is no medical indication. The groups between 25-29, 30-34 and 35-39 years have a higher percentage of preference to C-section compared with that of other groups showing a very high tendency to prefer C-section. While the main reason for preferring C-section is fear of pain, most prefer vaginal birth because it is natural. The result of this research was very similar to other studies mentioned above and also shows the reasons why the gynaeco-obstetricians in Santo Domingo prefer the mode of delivery. Comparing the result with the C-section rate in the country, although the rate exceeds the WHO recommendation, there is a no significant difference and we can conclude that there is no contradiction between practice and patient preference for gynaeco-obstetricians. However, when we analyze the results by age of physicians, there is a great difference between them. Only 6 percent of physicians who are between 40-49 years prefer C-section. When these younger gynaeco-obstetricians become the majority of gynaeco-obstetricians in the country, the rate of C-section birth may increase, coupled with the young patients who prefer C-section, but more importantly, in the medical judgment, the choice of an act or omission of the safety and benefit of patients should be considered as the first priority. In relation to the decision on the mode of delivery, the physician should make a decision based on what type of delivery is the best for the mother and fetus.

Key words: Mode of delivery, gynaeco-obstetricians, vaginal delivery, C-section

I. INTRODUCCIÓN

El parto es «el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo» según Federación de Asociaciones de Matronas de España.[1]

Mientras, «la cesárea es la intervención quirúrgica que permite la salida o nacimiento de un feto que se realiza cuando el parto vaginal no es posible o conlleva algún riesgo para la madre o el feto mediante una incisión abdominal».

El aumento de la tasa de cesáreas es una tendencia observada en el mundo. La tasa de cesárea en España presentó un incremento de 86,76/1.000 nacidos vivos en 1993 a 250,12/1.000 nacidos vivos en 2005.[2] En Brasil, una investigación realizada en 2006 sobre diez años anteriores encontró que las cesáreas constituyen el 44 por ciento de los partos, siendo que la participación del sector privado en estas tasas es prácticamente el doble (81%).[3] No hay duda que la cesárea constituye un instrumento importante en asegurar la seguridad de madre y feto cuando hay ciertas complicaciones al momento de desembarazo. Sin embargo, existen otras razones por la cual explica el creciente número de cesáreas en el mundo. Es más rentable en términos de ingresos económicos para los médicos en países donde se practica la medicina privatizada. También los médicos pueden tener más control sobre horarios de labor con las cesáreas programadas. Las demandas legales por mal resultado neonatal generalmente se basan en el hecho de realizar la cesárea tardíamente pero no precozmente. Los pacientes optan por la cesárea por el temor al dolor, prolapsos, disfunciones como consecuencias del parto natural y también por la comodidad que ofrece el procedimiento programado.[4]

Por el otro lado, esta intervención quirúrgica incrementa notablemente los gastos e ingreso hospitalario y al mismo tiempo el riesgo de que la mujer tenga que someterse de nuevo a este procedimiento en futuros embarazos y también la experiencia clínica ha demostrado que los partos por cesárea pueden poner en riesgos la salud tanto de la mujer como de su bebé a medio y largo plazo. Las complicaciones maternas derivadas del parto operatorio van desde eventos menores

como fiebre y mayor volumen de pérdida de sangre hasta casos más severos como laceraciones accidentales de vísceras, infecciones puerperales y accidentes anestésicos. Las complicaciones relacionadas con el recién nacido están asociadas a la prematuridad y el síndrome de dificultad respiratoria. Además de éstos, los riesgos inherentes al procedimiento son las posibles consecuencias tardías como enfermedades de gran potencial hemorrágico (placenta de inserción baja y acretismo placentario) cuyas complicaciones a menudo causan la muerte de la mujer.[5]

Por estas razones, tanto la OMS que recomienda que la tasa optima de cesáreas este en el 15 por ciento en cualquier país como los gineco-obstetras abogan por el parto vaginal a sus pacientes embarazadas y sus familias. Pero aparentemente hay inclinación hacia la cesárea por parte de los médicos cuando ellos llegan al momento de tomar la decisión para ellos mismos. ¿Cuál es la justificación de ésta decisión contraria a la recomendación que dan a sus pacientes? ¿Es por algún beneficio oculto por los médicos al público?

I.1 Antecedentes

En la década del 60 del pasado siglo, la tasa de cesárea en los EUA era de 4,5 por ciento, y entre los años 1988-1995 las cifras se elevaron de 23 a 25 por ciento. Por ésta fecha, en el Reino Unido las cifras de cesárea alcanzaron 20 por ciento, y en una buena parte de Europa ya los indicadores oscilaban entre 15 y 20 por ciento. En los países de América Latina se comprobó una gran variación en la prevalencia de cesáreas. Chile, con 40 por ciento encabeza la lista, Brasil con una tasa global de 27 por ciento, República Dominicana con 26 por ciento y Argentina con 25.4 por ciento.[6]

En México, al igual que en el resto del mundo, la cifra de cesáreas ha aumentado significativamente, tanto en los sectores de seguridad social y público como en el privado. En los años 60 se hacían 3 por ciento de cesáreas; en 1996 la tasa había aumentado hasta un 24.1 por ciento. En Cuba, un análisis de la evolución de las cesáreas primitivas entre 1970 y 2011, arrojó que el indicador fue de 3,7 por ciento en 1970, comparado con un incremento a 30,6 por ciento en el 2011, donde se demostró, además, un ascenso sostenido en el quinquenio 2000-2005, después de lo

cual se mantuvo el incremento a la mitad en la segunda etapa de la década, al evaluarse los quinquenios teniendo en cuenta las diferencias relativas.[4]

I.2. Justificación

Hay varios estudios que demuestran la preferencia hacia cesárea por las gineco-obstetras cuando se trata de parto de ellas mismas. Un estudio publicado en Lancet en 1996 demostró que el 31 por ciento de las médicos obstetras personalmente prefieren el parto por cesárea.[7] En el agosto de 2000 en una reunión de gineco-obstetras norte-americanas, «American College of Obstetricians and Gynecologists District VIII and IX», los participantes contestaron que elegirían la cesárea como la vía de desembarazo para ellas mismas o sus parejas.[8]

En el otro estudio realizado en Brasil en 2012, el 41.4 por ciento de los estudiantes de medicina en sus últimos años de la carrera contestó que optaría por cesárea en caso de su propio parto o de su pareja.[9]

Esta investigación es importante porque existen estudios como los mencionados en los párrafos anteriores que demuestran la preferencia de ginecólogos hacia la cesárea y queremos verificar si esto ocurre en Santo Domingo y además las razones por las cuales sucede.

También aportará información y datos estadísticos a la sociedad.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cesárea ha tenido una gran importancia dentro de la historia del humano, siendo escrita en varios libros antiguos. Hoy en día existe gran controversia tanto por su incidencia como por sus indicaciones. En las últimas cuatro décadas, de ser una cirugía obstétrica de urgencia pasó a ser la segunda cirugía que se efectúa en frecuencia en la mayoría de las naciones. Los avances tecnológicos de la era industrializada trajeron consigo un elevado índice de cesárea y múltiples indicaciones. También los pacientes han ganado más autonomía en la toma de decisión en cuanto a la vía de desembarazo, especialmente en los países desarrollados y algunos exigen a los médicos que procedan con su decisión a favor de la cesárea sin ninguna indicación médica. Además de esto, existen varias explicaciones para el aumento de la tasa de cesárea desde ambos puntos de la vista, los médicos y pacientes. Sin embargo, por las posibles complicaciones maternas y fetales, consecuencias tardías que incluyen la muerte de la madre, los médicos recomiendan el parto vaginal a sus pacientes sin indicación para la cesárea. La Organización Mundial de la Salud también recomienda que ningún país del mundo debe tener una tasa de cesáreas mayor de 15 por ciento en relación con el total de nacimientos, independientemente de la característica institucional. De acuerdo con la NOM 007 para la Atención del Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, todas las unidades médicas que brindan atención obstétrica deben contar con lineamientos para indicar la operación cesárea, cuyo índice recomendado es de 15 por ciento para los hospitales de segundo nivel y de 20 por ciento para los de tercer nivel.[6]

Entonces por qué existen datos que sugieren la práctica contraria por parte de los médicos cuando se trata de elegir el método de desembarazo para ellos mismos.

¿Cuál es la vía de desembarazo preferida por las gineco-obstetras de Santo Domingo que están en su periodo de reproducción en el período 2009-2014?

III. OBJETIVOS.

III.1. General.

1. Determinar la vía preferida de desembarazo en gineco-obstetras que están en su periodo de reproducción

III.2. Específicos.

1. Identificar la edad de la entrevistada.
2. Identificar la orientación religiosa.
3. Determinar si la razón de preferencia es temor a dolor, temor a algunas complicaciones, comodidad, estadía en el hospital, estética y consecuencias a largo plazo.

IV. MARCO TEÓRICO.

IV.1. Embarazo

La gestación o embarazo es el proceso en el que crece y se desarrolla el feto en el interior del útero. Se considera que el embarazo comienza una vez que el óvulo, ya fecundado por el espermatozoide, anida en el útero. Termina con el parto.[10]

La gestación en embarazos con feto único tiene una duración media de 40 semanas (280 días) a partir del primer día del último período menstrual lo que permite estimar la fecha probable del parto. En el pasado se estimaba que el período comprendido entre 3 semanas antes hasta 2 semanas después de la fecha estimada del parto era considerado «a término», con la expectativa de que los resultados neonatales en este intervalo fueran uniformes y buenos. Cada vez más, sin embargo, las investigaciones se ha demostrado que los resultados neonatales, la morbilidad respiratoria especialmente, varían en función del momento del parto dentro de este rango de 5 semanas de gestación.[11]

Durante el primer trimestre el riesgo de aborto es mayor (muerte natural del embrión o feto). Durante el segundo trimestre el desarrollo del feto puede empezar a ser monitoreado o diagnosticado. El tercer trimestre marca el principio de la viabilidad, que quiere decir que el feto podría llegar a sobrevivir de ocurrir un nacimiento temprano natural o inducido. Dada esta posible viabilidad, diversas definiciones legales y culturales de la vida definen al feto en el tercer trimestre como una persona con estatus propio.[10]

IV.2. Parto

IV.2.1. Definición

Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que desencadenados al final de la gestación, que tienen por objeto la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía natural (o canal del parto en la mujer).

IV.2.2. Clasificaciones

Según la edad de la gestación en que ocurre el parto se clasifica:

- Parto inmaduro. Entre las 20 a las 28 semanas.[12]

- Parto pretérmino o prematuro: Entre las 28 y las 36 semanas.
- Parto de término: Entre las 37 y 40 semanas.
- Parto postérmino. Después de la semana 42 en adelante.[12]

Por la su forma de inicio.

- Espontáneo. Cuando se desencadena el trabajo de parto en forma normal acorde con los mecanismos fisiológicos materno-gestación.[12]
- Inducido. Cuando se utiliza alguna técnica médica como seria la Maduración Cervical usando Prostaglandinas PG2alfa, o Inducción con medicamentos oxitócicos. [12]

IV.2.3. Parto vaginal

El trabajo de parto se caracteriza por su brevedad y variación biológica considerable. Se puede diagnosticar de manera confiable el trabajo de parto activo cuando la dilatación del cuello uterino es de 3 cm o más en presencia de contracciones uterinas. Una vez que se alcanza ese umbral de dilatación del cuello uterino, puede esperarse un avance normal hasta el parto, dependiendo de la paridad, en las siguientes 4 a 6 horas. Se vigilia el avance previsto durante un segundo periodo de 1 a 2 horas para favorecer la seguridad fetal. Por último, casi todas las mujeres en trabajo de parto espontáneo, independientemente de su paridad y sin auxilio, darán a luz en casi 10 horas después del ingreso por trabajo de parto espontáneo. La actividad uterina insuficiente es una causa frecuente y corregible del avance anormal del trabajo de parto. Por tanto, cuando las únicas complicaciones del embarazo corresponden a incumplimientos de los límites normales del trabajo de parto con respecto al tiempo, deben considerarse intervenciones diferentes a la cesárea antes de recurrir a ese método de nacimiento por falta de avance del trabajo de parto.[13]

IV.2.3.1. Los síntomas de parto

- Las contracciones se presentan a intervalos regulares.
- Los intervalos se acortan de modo gradual.

- La intensidad aumenta de manera gradual.
- Hay molestias en el dorso y el abdomen.
- El cuello uterino se dilata.
- Las molestias no se detienen por la sedación.[13]

IV.2.3.2. Duración del trabajo de parto

El proceso de parto suele durar de 8 a 12 horas, aunque existen excepciones. El trabajo de parto se inicia con las primeras contracciones provocadas por el borramiento del cuello uterino hasta que desaparece por completo. Las contracciones suelen ocurrir cada 20 o 30 minutos, y tienen una duración aproximada de 15 a 20 segundos cada una. Una vez desaparecido el cuello del útero, las contracciones aumentan debido a la dilatación progresiva del cuello que deberá presentar una apertura máxima de 10 cm para que pueda dar paso al bebé. Este proceso suele durar aproximadamente de 6 a 8 horas.[12]

IV.2.3.3. Las contracciones de parto

Una vez que se ha iniciado el proceso de dilatación del cuello uterino, generalmente, es normal empezar a sentir contracciones cada 10 o 15 minutos, con una duración media de 20 segundos. En este momento, la abertura del útero será de dos centímetros aproximadamente. Las contracciones siguen, y se van intensificando. Suelen obedecer al siguiente ritmo:

- Contracciones a cada 5 minutos, con duración entre 30 y 40 segundos, dilatación de casi 5 cm.
- Contracciones a cada 3 o 4 minutos, con duración de 40 a 45 segundos, dilatación de unos 6 cm.
- Contracciones a cada 2 o 3 minutos, con duración de 45 a 50 segundos, dilatación de 8 cm.
- Contracciones a cada 1 o 2 minutos, con duración de aproximadamente 1 minuto, dilatación de casi 10 cm.

IV.2.3.4. Fases del parto

El Mecanismo de trabajo de parto tiene como objetivo General que el feto atraviese el canal del parto y salga hacia el exterior. Esto se consigue con el encajamiento, descenso y desprendimiento de la presentación.[13]

Encajamiento

- Consiste en el paso de la presentación a través del estrecho superior. El encajamiento verdadero existe cuando la mayor circunferencia de la presentación ha franqueado el plano del estrecho superior. [13]

Descenso

- El descenso en la excavación se hace progresivamente, baja la acción de las contracciones. Esta marcado por 2 mecanismos
  - La presentación que al principio desciende según un eje perpendicular al plano del estrecho superior, tropieza con la cara anterior del sacro. Para proseguir el descenso, está obligada modificar su eje de progresión, para poder seguir la curvatura del sacro.
  - Por otro lado, durante la primera parte del descenso, la presentación se orienta según un diámetro oblicuo. En la segunda parte del descenso, se produce una rotación interna que la sitúan en un diámetro anteroposterior, según el cual va a efectuar el desprendimiento. [13]

Desprendimiento

- Al final del descenso la presentación llega a nivel del estrecho inferior y se apoya en el suelo de la pelvis. Acaba en este momento la rotación interna, que coloca el eje mayor en sentido anteroposterior, que es en el que debe atravesar el estrecho inferior.
  - En éste momento, las contracciones uterinas se hacen más intensas y más frecuentes
  - El contacto de la presentación con el suelo de la pelvis desencadena los esfuerzos voluntarios de expulsión al producirse la contracción uterina.[13]

Desencadenantes del parto

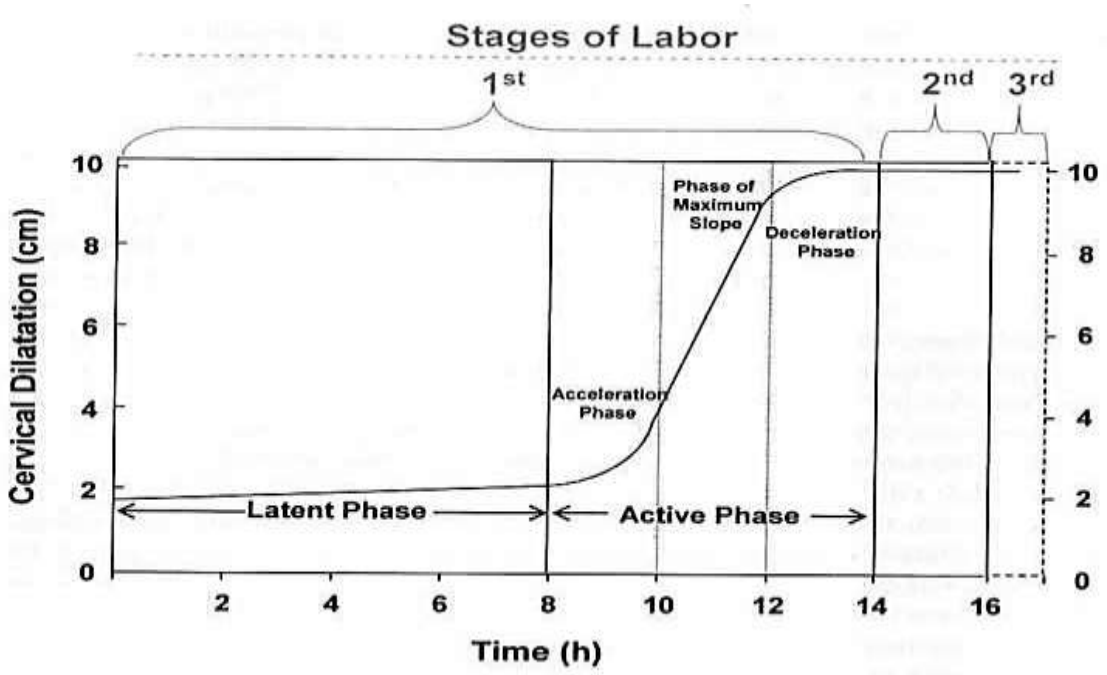
1. Musculares: Musculatura lisa uterina – contracción
2. Hormonales – bioquímicas
   - Relación estrógeno – progesterona
   - Oxitocina – Reflejo de Ferguson
   - Prostaglandinas[13]
3. Nerviosas: Stress, dolor o tensión emocional
4. Placentarias: Disminución de progesterona
5. Fetales: Cortisol, Oxitocina

Progresión del trabajo de parto, depende de:

- Grado de dilatación.
- Velocidad de dilatación.
- Altura de la presentación.
- Velocidad de descenso.

IV.2.3.5. Curvas

- Las curvas de Friedman Friedman estudió en 1950 la progresión del trabajo de parto de 500 mujeres. Describió la utilidad de los 4 parámetros de progresión del trabajo de parto. [14]
- Curvas de Friedman: las curvas sigmoideas que describen la progresión del trabajo de parto se conocen como las curvas de Friedman. Estas curvas son las de un trabajo de parto ideal.[14]



.

IV.2.3.6. Periodos del parto

1. Primera Etapa del Parto (o período de dilatación), que consta de dos fases:

- Fase Latente
- Fase Activa

2. Segunda Etapa del Parto (o período de expulsivo).
3. Tercera Etapa del Parto (o período del alumbramiento).

	Etapas del Parto		Tiempos Esperados
Primera etapa (borramiento y dilatación cervical)	Fase Latente	Nulípara	Hasta 20 h
		Multípara	Hasta 14 h
	Fase Activa		
	Dilatación	Nulípara	1,2 cm/h (6 h)
		Multípara	1,5 cm/h (4 h)
	Descenso	Nulípara	1 cm/h
		Multípara	2 cm/h
Segunda etapa (expulsivo)		Nulípara	90-120 min.
		Multípara	60 minutos
Tercera etapa (alumbramiento)		Nulípara	45 minutos
		Multípara	30 minutos

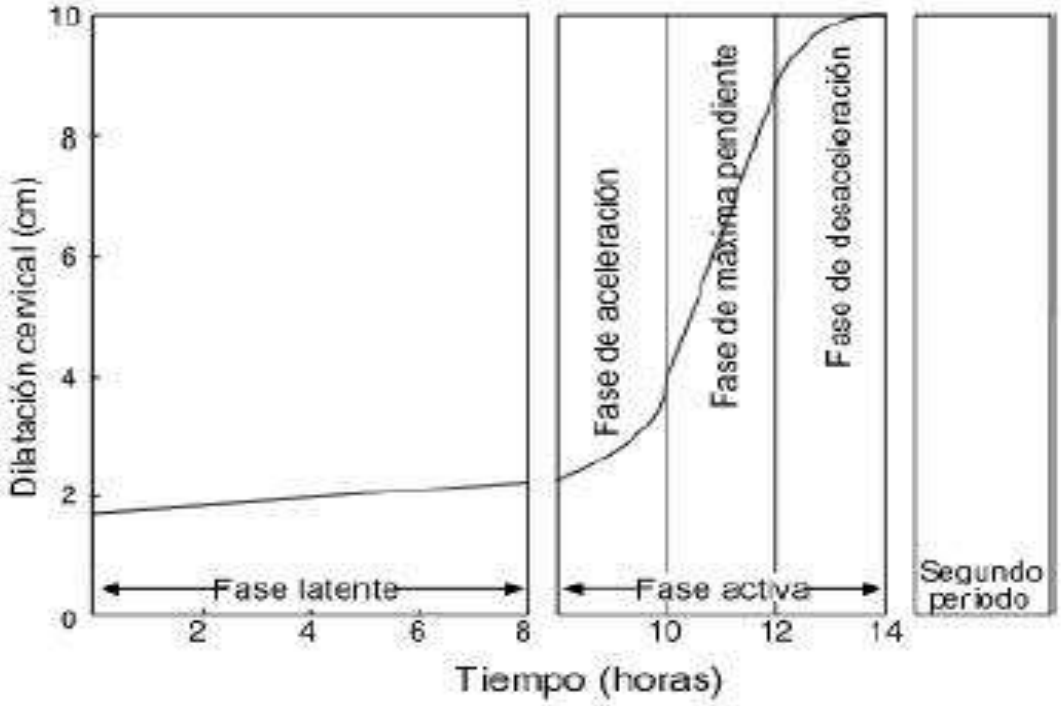
Primer periodo

Fase latente

- Inicia con la dilatación y termina a los 3cm
- Duración promedio en nulípara es de 8.6 horas y de 5.3 horas en multíparas
- En este periodo el útero se prepara para el parto
- Ocurre al final del embarazo hasta el inicio de las contracciones del trabajo de parto
- En ésta fase se destacan los siguientes aspectos:
  - Reblandecimiento cervical
  - Aumento en el número de receptores para Oxitocina a nivel de células endometriales
  - Aumento a la sensibilidad a agentes uterotonicos

Fase Activa

- Esta fase representa el trabajo de parto activo, y se acepta que se inicie cuando existen 3 cm. de dilatación y avanza 1.5cm/hr. en multíparas y 1.3cm/hr. en la nulípara.



Segundo periodo[15]

- Corresponde al paso del feto por el canal de parto.
- En éste periodo se pueden visualizar los mecanismos de trabajo de parto o movimientos cardinales.
    1. Encajamiento
    2. Descenso
    3. Flexión
    4. Rotación Interna
    5. Extensión
    6. Rotación Externa
    7. Expulsión

1. Encajamiento

- Se considera que la cabeza fetal esta encajada, cuando el diámetro biparietal del feto esta a nivel del estrecho superior.
- El encajamiento sucede en las últimas semanas del embarazo o puede no ocurrir hasta una vez iniciado el parto.
- La forma de encajamiento más frecuente es la occipito-iliaca-izquierda anterior.
- Una vez que la cabeza se encaja, la sutura sagital esta usualmente a mitad de camino del diámetro pubo-sacro.
- En este caso la cabeza esta sinclitica.

2. Descenso

- Se produce en todos los pasos del mecanismo de parto y es la condición indispensable para que suceda.[15]
- Se inicia en la última etapa de dilatación activa, a partir de 7 a 8 cm en nulípara, y se hace más rápida después de 8 cm.
- Depende de la contracción uterina que ejerce presión directa sobre el polo fetal que este en el fondo.[15]

- En menor grado la presión del líquido amniótico, y de la extensión y estiramiento del feto.
- En las nulípara sucede primero el encajamiento y luego el descenso, en las multíparas ambas sucesos son conjuntos.
- Intervienen también las contracciones abdominales y del diafragma.

3. Flexión.

- Se produce una vez que la cabeza, en su descenso, encuentra alguna resistencia, bien sea cuello uterino o paredes y piso de la pelvis.
- Debido a la forma en que se inserta la cabeza en el tronco, se propicia la flexión, poniéndose el mentón en contacto con la horquilla esternal.
- Mediante este movimiento el feto sustituye el diámetro occipito-frontal de 11.5 cm por el suboccipito –bregmatico de 9.5 cm.[15]
- El feto se estira y desaparece la convexidad dorsal y las extremidades se acercan al cuerpo.
- Se da un cambio de la forma fetal de ovoide a cilíndrica.
- Lo anterior disminuye el diámetro fetal que pasa por la pelvis materna.

4. Rotación interna

- El feto al llegar al estrecho medio de la pelvis realiza una rotación.
- En esta rotación el occipital se mueve gradualmente hacia la sínfisis del pubis y de su posición original, pasa a una posición occipitopubica, la más frecuente en la expulsión.
- Con menos frecuencia la rotación es hacia el promontorio sacro, llamada occipito-sacra, que suele ocasionar una expulsión prolongada.
- El proceso de rotación es progresivo a medida que la cabeza desciende y no está completo hasta que alcanza el 4to plano de Hodge.
- Esta rotación es indispensable para completar el parto normal.[15]

5. Extensión

Es producto de 2 fuerzas:

1. La contracción uterina empuja hacia abajo y afuera.
2. El suelo perineal empuja hacia arriba y afuera.[15]

La bisectriz de ellas hace que la base del occipucio se ponga en contacto con el margen inferior de la sínfisis del pubis y la cabeza se dirija hacia delante y un poco hacia arriba y afuera buscando el orificio vulvar.

Debido a la ubicación de la vulva hacia arriba y adelante, la extensión debe ocurrir antes de que la cabeza alcance el orificio vulvar.

6. Rotación externa

- Una vez la cabeza afuera, esta tiende a adoptar la misma posición que tenía antes de la rotación interna.
- Se produce porque en estos momentos el diámetro biacromial se encuentra siguiendo los mismos movimientos que hizo la cabeza y se completa cuando la cabeza adopta la posición transversa por que el biacromial se coloca en el diámetro anteroposterior del estrecho medio.
- De esta forma un hombro hará contacto con la sínfisis del pubis y otro con la cavidad sacra.[15]
- Si el occipucio se encuentra a la izquierda el movimiento de rotación será hacia la tuberosidad isquiática izquierda, de lo contrario hacia la derecha.

7. Expulsión

- La expulsión de la cabeza es seguida por la expulsión de los hombros.
- Primero es la expulsión del hombro anterior en contacto con el pubis y hueso el posterior, que distiende el perine.
- Posteriormente se expulsa el resto del cuerpo.

Tercer periodo

Periodo de alumbramiento:

Proceso mediante el cual se expulsa los anexos embrionarios:

- Cordón
- Placenta
- Membranas
- Duración promedio es de 4 a 8 min., es prolongado si dura más de 10 min. Y retención placentaria si dura más de 30 min.
- Lo podemos dividir en los siguientes procesos:

a. Desprendimiento placentario.
b. Separación del corion y amnios.
c. Hemostasia uterina.
d. Expulsión de los anejos.

a. Desprendimiento placentario

Es el proceso de separación placentaria se inicia coincidiendo con las últimas contracciones del periodo expulsivo.[15]

Los dos factores fundamentales que intervienen en el desprendimiento de la placenta son:

- Las contracciones uterinas
- Disminución de la superficie uterina

b. Separación de corion y amnios

- Factores físicos:
  - Contracción uterina
- Factores químicos:
  - Disminución de fibronectina oncofetal
  - Aumento de secreciones cervicales
  - Prostaglandinas y citoquinas

c. Hemostasia uterina

- Se logra en 3 fases:
  - Fase de miotaponamiento

- Fase de trombotaponamiento
- Fase de contracción uterina fija

d. Expulsión de anejos

El mecanismo fundamental para su total expulsión es la contractura voluntaria de la prensa abdominal desencadenada por el reflejo perineal

- Si la placenta no se ha desprendido en 30 - 40 minutos, se considera placenta retenida
- Tras este tiempo se deben realizar las siguientes maniobras:
  - Masaje uterino y sondaje vesical.
  - Administración de oxitocina.
  - Maniobra de Credé

IV.2.3.7. Episiotomía

En un sentido estricto, la episiotomía es una incisión de las partes pudendas. La perineotomía es la incisión del perineo. Sin embargo, en el lenguaje común, el término episiotomía suele usarse como sinónimo de perineotomía, una práctica que seguimos aquí. La incisión puede hacerse en la línea media para la episiotomía media o pudiese empezar en la línea media pero dirigirse hacia afuera y abajo alejándose del recto, lo que constituye una episiotomía mediolateral.[13]

IV.2.3.7.1. Propósitos de la episiotomía

Es todavía un procedimiento obstétrico frecuente, el uso de la episiotomía ha disminuido de manera notoria en los últimos 25 años. Weber y Meyn (2002) utilizaron la National Hospital Discharge Survey para analizar el uso de episiotomía entre 1979 y 1997 en Estados Unidos. Casi 65 por ciento de las mujeres con parto vaginal en 1979 se sometía a episiotomía, en comparación con 39 por ciento en 1997. Durante el decenio de 1970, era práctica común hacer una episiotomía en casi toda mujer que tenía su primer parto. Los motivos de su popularidad incluyeron el cambiar una incisión quirúrgica recta, que era más fácil de reparar, por la laceración irregular que ocurriría desde otros puntos de vista. Las creencias largamente sostenidas de que el

dolor posoperatorio es menor y la cicatrización mejor con una episiotomía, en comparación con un desgarro, parecían incorrectas. [13]

Otro beneficio frecuentemente citado pero no comprobado de la episiotomía sistemática es el de la prevención de la relajación pélvica, esto es, aparición de cistocele, rectocele e incontinencia urinaria. Varios estudios observacionales y aleatorios mostraron que la episiotomía sistemática se vincula con una mayor incidencia de desgarros del esfínter anal y el recto.

Carroli y Belizan (2000) revisaron el registro de estudios del Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Hubo seis estudios aleatorios de casi 5,000 partos en los que se valoro el uso sistemático (tasa de 73%) o restringido (tasa de 28%) de la episiotomía. Hubo menores tasas de traumatismo perineal posterior, reparación quirúrgica y complicaciones de la cicatrización en el grupo con uso restringido. De manera alternativa, la incidencia de traumatismo perineal anterior fue menor en el grupo con uso sistemático de la operación. Junto con esos hallazgos vino la detección de que la episiotomía no protegía al cuerpo perineal y si contribuía a la incontinencia del esfínter anal por aumento del riesgo de desgarros de tercer y cuarto grados. Signorello et al. (2000) comunicaron un aumento de la incontinencia fecal y de flatos de cuatro a seis tantos en mujeres con episiotomía a diferencia del grupo con perineo intacto. Incluso en comparación con laceraciones espontáneas, la episiotomía triplico el riesgo de incontinencia fecal y duplico la de flatos. La episiotomía sin extensión no aminoró ese riesgo. Por último, incluso con el reconocimiento y la reparación de una extensión de tercer grado, 30 a 40 por ciento de las mujeres tienen incontinencia anal a largo plazo. [13]

Parece razonable concluir que no debe hacerse episiotomía de modo sistemático. El procedimiento ha de aplicarse de manera selectiva ante indicaciones apropiadas, algunas de las cuales incluyen las fetales, como distocia de hombros y parto pélvico: aplicación de fórceps o extracción por vacío; variedades posteriores de occipucio, y en casos en donde es obvio que no hacer una episiotomía causará una rotura perineal. La regla final es que no hay sustitutivo del juicio quirúrgico y el sentido común.

Las variables importantes del uso de la episiotomía incluyen el momento de la incisión, el tipo y las técnicas de reparación.

IV.2.1.8. Mediolateral

En el siguiente cuadro se resumen las ventajas y desventajas de los dos tipos de episiotomía. Excepto por el importante tema de las extensiones de tercer y cuarto grados, la episiotomía media es mejor. La selección apropiada de casos puede diminuir al mínimo esa desventaja. Además de una episiotomía media, Combs et al. (1990) comunicaron los siguientes factores vinculados con un mayor riesgo de laceraciones de tercer y cuarto grados: nuliparidad, detención del trabajo de parto en el segundo periodo, variedad posterior persistente del occipucio, aplicación media o baja de fórceps, uso de anestésicos locales y raza asiática. [13]

	Tipo de episiotomía	
Características	Media	Mediolateral
Reparación quirúrgica Cicatrización defectuosa Dolor posoperatorio Resultados anatómicos	Fácil Rara Mínimo Excelentes	Más difícil Más frecuente Frecuente Ocasionalmente defectuosos
Pérdida sanguínea Dispareuria Extensiones	Menor Rara Frecuentes	Más Ocasional Raras

Es razonable usar una episiotomía mediolateral cuando es probable una extensión de tercer o cuarto grados, pero en otras circunstancias emplear la incisión media. Anthony, *et al.* (1994), que presentaron datos de *Dutch National Obstetrics Database* de más de 43,000 partos, encontraron un decremento de más de cuatro tantos en las laceraciones perineales graves cuando se utilizó episiotomía mediolateral a diferencia de la media.

Venkatesh, *et al.* (1989) comunicaron una incidencia de 5 por ciento desgarroes perineales de tercero y cuarto grados en 20,500 partos vaginales. Casi 10 por ciento

de las pacientes de 1,040 reparaciones primarias tuvieron una rotura posoperatoria de herida quirúrgica y 67 de 101 requirieron corrección quirúrgica. Goldaber, *et al.* (1993) encontraron que 21 de 390 o 5.4 por ciento de las mujeres con laceraciones de cuarto grado tuvieron morbilidad significativa, que incluyo siete dehiscencias (1.8%), 11 infecciones (2.8%) con dehiscencia y tres infecciones solas (0.8%. si bien la administración perioperatoria de una dosis intravenosa de 2g de cefazolina disminuyo esa morbilidad, no la eliminó por completo. [13]

IV.2.1.9. Ventajas

- Es la vía fisiológica y supone la ausencia de medicación.
- menor posibilidad de contraer una infección o necesitar una transfusión de sangre.
- Estadía más corta en el hospital.
- Favorece la producción de leche materna.
- Establece una conexión emocional entre madre y el producto.

IV.2.2. Parto por cesárea

IV.2.2.1. Breve historia de la cesárea

La cesárea es un procedimiento quirúrgico antiguo: según los historiadores ya era conocido en el año 715 AC. La «Lex Caesarea», ley romana dictada por Numa Pompilio, prescribía su uso como una manera de sacar al bebé del vientre de la madre, cuando ésta acababa de morir. La leyenda dice que el emperador Julio César nació mediante una operación en el año 100 AC y que en su honor deriva el nombre. El término caesarea podría derivar del verbo latino caedere que significa «cortar, efectuar una fisura». Lo más probable es que sea una combinación de ambas. Las primeras operaciones por cesárea con resultado de madre-bebe vivos ocurrió por los años 1500 en Suiza.[16]

En los siglos XVII y XVIII cayó rápidamente en descrédito por su alta mortalidad materna. En la segunda mitad del siglo XIX en Gran Bretaña e Irlanda la mortalidad materna bordeaba el 85 por ciento. En 1882 Max Sanger escribió un tratado que

describe el empleo de suturas internas prácticamente igual a como se realiza hoy, lo que conocemos como «cesárea clásica».[16]

Durante el siglo pasado, la cesárea fue aumentando su incidencia con mejores resultados y mayor éxito gracias a la aparición de la terapia con antibióticos, desarrollo de la anestesiología, mejora en las técnicas quirúrgicas, mejores materiales de sutura y el desarrollo de la neonatología, que permitió un mejor rescate de los recién nacidos.

La cesárea, que históricamente fue concebida para salvar la vida de la parturienta, se va convirtiendo en un procedimiento quirúrgico para salvar la vida del recién nacido.[16]

IV.2.2.2. Incidencia de la cesárea

El aumento de la incidencia de un 1 por ciento en los inicios del siglo XX a alrededor de un 20-25 por ciento en la actualidad en Estados Unidos y Canadá, han llevado a la Sociedad Canadiense de Obstetras y Ginecólogos (SOGC) y al Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) a implementar estrategias destinadas a disminuir el número de cesáreas, ya que la incidencia de cesáreas es considerada un indicador de la calidad de la atención materna perinatal.

Una investigación más o menos reciente realizada en diferentes regiones, encuentra que la tasa global de cesáreas para América Latina es de un 35 por ciento.[17] En este mismo estudio existen amplias variaciones en las tasas de cesárea que van de un 2 por ciento en Haití a un 36 por ciento en Brasil y 37 por ciento en Chile. La OMS ha señalado que la tasa óptima debe estar en 15 por ciento.

El sistema público chileno cuenta con un departamento de estadística e informática que nos permite evaluar fehacientemente las acciones en salud. En Chile, en el sistema público la cesárea representó un 37 por ciento al año 2010.[18] En el sistema privado correspondería a un 66 por ciento.

IV.2.2.4. Análisis de las causas del aumento de cesáreas

El aumento del número de cesáreas nos muestra una conducta liberal en las indicaciones de ésta, podríamos decir que es parte de nuestra cultura médica.

Disminuir el porcentaje es una tarea imperiosa y compleja, ya que es un fenómeno multifactorial.

Una de las causas principales de este incremento está en el uso indiscriminado de la monitorización electrónica de los latidos cardiaco fetales que nos ha llevado a un incremento del intervencionismo, por la no despreciable cantidad de falsos positivos. Debemos replantearnos el uso de la monitorización electrónica *versus* la auscultación intermitente de los latidos fetales.

Otra de las causas es la gran cantidad de inducciones sin justificación. Tanto es así que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) no permite inducciones antes de las 39 semanas, salvo en aquellos casos en que existen indicaciones médicas precisas; esto es lo que ellos han nominado «*The Golden Rule*». Los canadienses hacen lo mismo y han logrado un descenso gradual del número de partos vía cesárea.

La principal dificultad para esta disminución está en la gran cantidad de multíparas con cesárea anterior. Alrededor del 50 por ciento de las cesáreas en multíparas es por cesárea anterior.[19] Especial hincapié debemos hacer en la primigesta, ya que 35-38 por ciento de causa de cesárea es la distocia; de aquí la importancia de restringir las inducciones.

IV.2.2.5. Beneficios.

En 1985 apareció un artículo en el Journal dedicado a la cesárea electiva, aunque fue provocativo no se consideró y al revés, los esfuerzos fueron dirigidos a lograr bajar las tasas de cesárea. Dos décadas después esta discusión ha sido revitalizada. La cesárea electiva no es considerada una idea marginal. Aunque la FIGO concluye que «realizar cesárea por razones no médicas es éticamente injustificado».[20]

Los argumentos o beneficios a favor de las cesáreas electivas para la madre serían, la protección del piso pélvico, la reducción de incontinencias fecales y urinarias, los gases y los prolapsos.

Aunque controversial, la mayoría de las observaciones apoyan el efecto protector de la cesárea particularmente cuando es realizada antes del comienzo del trabajo de parto para estos efectos. Los estudios de Rortveit plantean que el riesgo de aumento

de incontinencia de orina es mayor en los partos vaginales. El análisis sugiere que se reduce de 10 a 5 por ciento en intervenciones. Estas cesáreas electivas evitan además las de urgencias que tienen mayor morbilidad y mortalidad.[20]

Los beneficios para el feto podrían esquematizarse cuando es realizada a las 39 semanas de gestación. Se estima que sobre esta fecha las muertes fetales de antepartum e intraparto son 2 x 1000 nacidos vivos. Las aspiraciones de meconio y las necesidades de intubación neonatal se incrementan. Las transmisiones de algunos agentes infecciosos como el HIV, la hepatitis B y C y el HPV aún en mujeres asintomáticas se incrementan en los partos vaginales. Las distocias y los fracasos en el progreso del trabajo de parto pueden asociarse a injurias intracraneanas del feto. Lo mismo que fracasos con la extracción por fórceps y/o vacum. Aunque no es frecuente la parálisis cerebral, puede en algunos casos ser atribuibles a estos eventos. Las tasas de injurias en el recién nacido como fracturas y problemas neurológicos se reducen en un 50 por ciento en partos por cesárea.[20]

IV.2.2.6. Por otra parte están los riesgos de la cesárea para las madres y el recién nacido.

En efecto la mortalidad materna aumenta significativamente aunque los datos comparativos en Gran Bretaña, hablan de estos descensos. Entre 1988 y 1990 las mujeres sometidas a operación morían ocho veces más que por parto vaginal, entre 1994 a 1996, esta cifra era de tres veces entre 1997 a 1999 solo 2 veces, aunque las evaluaciones más recientes inclinan a pensar que los partos vaginales son más riesgosos.

En cesárea electiva una muerte en 78.000 partos, la misma experiencia ocurrió en Israel. Las pacientes que tienen cesárea anterior tienen un riesgo mayor de rotura uterina, placenta previa y placenta acreta, desprendimiento prematuro de placenta y embarazo ectópico. En una información Holandesa 2 de cada 10 muertes atribuibles a operación cesárea fueron por rotura de la cicatriz de cesárea anterior. Con el incremento de la cesárea en los últimos 50 años la frecuencia de la placenta acreta se incrementó en 10 veces. Las infecciones también aumentaron aunque se empleen antibióticos profilácticos. Se ha reportado también que las rehospitalizaciones son

más comunes en aquellas pacientes operadas por hemorragias o infecciones, aunque la diferencia es menor de 1 por 100 altas en relación a partos vaginales.

La cesárea también se asocia con mayor depresión postparto y con sentimientos negativos respecto a la experiencia del alumbramiento, esto con la excepción de aquellas mujeres que eligieron una cesárea electiva. [20]

En los riesgos fetales, están los problemas pulmonares particularmente antes de las 39 semanas o en pacientes de tiempo de gestación dudosa y complicaciones de amniocéntesis. Si la intervención ocurre a las 39 semanas el riesgo de distress respiratorio es de un 0,4 por ciento. La hipotensión resultante de anestesia en la madre puede causar una acidosis transitoria en el feto. Aunque estos riesgos son mínimos sin embargo existen. Como conclusión de todos estos antecedentes aquellas mujeres que solicitan operación cesárea electiva, aunque existe la autonomía hoy día en boga, el médico debe aconsejar detalladamente los riesgos y beneficios, y habitualmente la petición de las pacientes son consecuencia de la ansiedad y apropiadamente guiadas desisten de sus propósitos.[20]

IV.2.2.7. Motivos que hacen que sea necesario un parto por cesárea

Embarazos múltiples

Muchas mujeres embarazadas con gemelos pueden tener partos vaginales. Sin embargo, si los bebés están por nacer mucho antes de lo previsto, no se encuentran en una posición adecuada en el útero, o si existen otros problemas, podría ser necesario efectuar una cesárea. Cuando hay tres o más bebés, el parto casi siempre es por cesárea.

Evolución deficiente del trabajo de parto

Cerca de un tercio de los partos por cesárea se efectúan debido a que el trabajo de parto se vuelve más lento o se detiene. En estos casos, las contracciones no abren suficientemente el cuello uterino para que el bebé se desplace hacia la vagina. El médico puede iniciar o acelerar el trabajo de parto con medicamentos si el proceso marcha lentamente. El trabajo de parto puede ser un proceso lento. Por lo tanto,

pueden transcurrir varias horas antes de que el médico decida que es necesario practicar un parto por cesárea.[20]

Preocupación por el bienestar del bebé

Durante el trabajo de parto, se pueden producir ciertos problemas que hacen que sea necesario el nacimiento del bebé por cesárea. Por ejemplo, el cordón umbilical podría estar comprimido. Los dispositivos de monitorización fetal podrían detectar una anormalidad en la frecuencia cardíaca. Si el problema persiste, puede ser necesario dar a luz por cesárea.[21]

Problemas con la placenta

Placenta previa es un estado clínico donde la placenta se encuentra debajo del bebé y cubre todo o una porción del cuello uterino. Al hacerlo, bloquea la salida del bebé del útero. Otro problema que puede surgir es abrupción placentaria. En este caso, la placenta se separa del útero antes de que nazca el bebé y reduce el flujo de oxígeno al niño. En ambos casos, puede producirse hemorragia extensa y requerir una cirugía de cesárea. [21]

Partos previos por cesárea

Haber tenido un parto por cesárea anteriormente influye en la decisión de tener otro parto de esa manera. Las mujeres que han tenido un parto previo por cesárea pueden dar a luz vaginalmente. La decisión depende del tipo de incisión que se usó en el parto previo por cesárea, el número de partos anteriores por cesárea, si usted tiene algún problema médico que pueda hacer que el parto vaginal sea peligroso y el tipo de hospital en donde vaya a dar a luz a su bebé, así como otros factores también. [21]

A solicitud de la madre

Algunas mujeres solicitan un parto por cesárea incluso si disponen de la opción de parto vaginal. Los motivos que influyen en esta solicitud son temor al dolor del trabajo de parto y la preocupación de padecer incontinencia u otro problema pélvico

en el futuro. Al igual que con cualquier otra cirugía, es necesario tener en cuenta los riesgos y las complicaciones. Su estancia hospitalaria puede ser más prolongada que cuando el parto es vaginal. Además, cuantos más partos por cesárea tenga una mujer, mayor será el riesgo de que surjan algunos problemas médicos y problemas con futuros embarazos.[21]

IV.2.2.8. El procedimiento

En la mayoría de los hospitales, su pareja de apoyo puede permanecer con usted en la sala de operaciones durante el parto por cesárea. Sin embargo, esto dependerá de si usted está despierta durante la cirugía y la urgencia de dicha cirugía. En algunos casos, el parto por cesárea puede practicarse como una emergencia si no se dispone de tiempo para prepararse por adelantado.

IV.2.2.9. Preparación

Antes de tener un parto por cesárea, una enfermera se encargará de prepararla para la operación. Es posible que reciba un medicamento que ayuda a reducir el ácido estomacal. De esta manera se evitará que entren los ácidos del estómago a los pulmones y causen problemas. Se lavará el área del abdomen.[22]

A continuación, se colocará un catéter (o sonda) en la uretra para drenar la vejiga. El mantener la vejiga vacía permite reducir la probabilidad de lesionarla durante la cirugía. Se colocará también un catéter intravenoso en una vena del brazo o la mano. A través de este catéter recibirá líquidos y medicamentos durante la cirugía.

IV.2.2.10. Anestesia

La anestesia general queda relegada sólo en caso de que la anestesia regional esté contraindicada (alteración de las pruebas de coagulación, neuropatía degenerativa....) y en caso de cesárea urgente emergente, en que por tiempo o por inestabilidad hemodinámica la anestesia intradural no se puede o no se debe realizar (prolapso de cordón, rotura uterina, desprendimiento de placenta, bradicardia fetal severa....).[23]

IV.2.2.10.1. Anestesia regional

La anestesia regional realizada con una técnica rigurosa, conociendo el tratamiento de las posibles complicaciones que puedan surgir, evitando concentraciones tóxicas de los anestésicos locales y eludiendo la hipotensión (deterioro del flujo sanguíneo útero-placentario y sufrimiento fetal) hace que sea una técnica segura, incluso en cesáreas en situaciones subagudas. [23]

IV.2.2.10.2. Anestesia peridural - intradural

La anestesia peridura- intradural realizada meticulosamente y con prudencia resulta la técnica ideal para cesáreas. [23]

IV.2.2.10.3. Bloqueo subaracnoideo para cesárea

La temida cefalea post-punción dural (CPPD) ha hecho que, durante algunos años, la técnica más utilizada en cesáreas electivas fuese la anestesia peridural. Sin embargo la introducción de agujas de calibre más fino, con características distintas en su punta, las llamadas «agujas en punta de lápiz» han dado un nuevo impulso al bloqueo subaracnoideo en obstetricia, desplazando progresivamente la técnica peridural.[24]

IV.2.2.11. Cesárea

El médico hace una incisión a través de la piel en la pared abdominal. La incisión en la piel puede ser transversal o vertical, cerca del límite del vello púbico. Los músculos abdominales se separan y es posible que no sea necesario cortarlos. Se hace además otra incisión en la pared del útero. Esta incisión también es transversal o vertical.

Siempre que sea posible, es preferible hacer una incisión transversal en el útero, ya que se efectúa en la porción más baja y delgada del útero, lo cual produce una cantidad menor de sangrado. Además, cicatriza mejor. A veces, es necesario hacer una incisión vertical, por ejemplo, si el bebé es muy prematuro y la presentación de la cabeza del bebé no es de vértice (con la cabeza hacia abajo).

El bebé se extraerá a través de las incisiones, se procede a cortar el cordón umbilical y después se extrae la placenta. El útero se cierra con suturas que se disuelven en el cuerpo. Se pueden emplear suturas o grapas para cerrar la piel abdominal.

IV.2.2.12. Medidas preoperatorias

Una vez decidida la cesárea, deberá explicarse a la paciente la necesidad del procedimiento y se procede a obtener el correspondiente consentimiento informado, previa información de los riesgos y beneficios.

En casos de cesárea electiva, ésta debe programarse cuando la paciente complete las 39 semanas de gestación o haya evidencia de madurez pulmonar. Las tasas de resultados respiratorios adversos, la ventilación mecánica, la sepsis neonatal, la hipoglicemia, la admisión a unidad de cuidado intensivo neonatal y la hospitalización por más de 5 días, comparados con el nacimiento electivo a las 39 semanas, son de 1,8 a 4,2 veces para los nacidos a las 37 semanas y de 1,3 a 2,1 veces para los nacimientos electivos por cesárea a las 38 semanas.[25]

La paciente deberá recibir en el preoperatorio inmediato las siguientes medidas:

- Si se trata de una cesárea electiva, ha de tener un ayuno de por lo menos 8 horas.
- Canalizar al menos con un sitio de venopunción que se realizará en uno de los antebrazos, con un catéter intravenoso número 18 o 16. Se requiere asegurar un goteo rápido para infundir líquidos a la paciente en caso necesario.
- Hidratación con por lo menos 1.000 ml de cristaloides (Ringerlactato, solución salina normal) como premedicación al acto anestésico.
- La paciente será desprovista de su ropa y conservará únicamente un camisón suministrado por enfermería. Se cubrirá su cabeza con un gorro quirúrgico y sus pies con polainas.[26]

La cesárea es una cirugía limpia-contaminada en la que se ha demostrado claramente el beneficio de aplicar antibiótico profiláctico para la mujer, aunque persisten dudas en cuanto a las consecuencias sobre el recién nacido. El uso de

antibiótico profiláctico reduce en casi un 60% (RR 0,38; IC 95% 0,34-0,42) la endometritis poscesárea, al igual que la infección del sitio operatorio (RR 0,39; IC 95% 0,32-0,48). Esta reducción del riesgo es similar tanto en las cesáreas electivas (sin trabajo de parto y con membranas íntegras) como en las no electivas (con trabajo de parto o con membranas rotas.[27]

La ampicilina y las cefalosporinas de primera generación han mostrado eficacia similar en reducir la endometritis posoperatoria. No parece haber mayor beneficio al utilizar antibióticos de mayor espectro o esquemas de dosis múltiples.[28]

El esquema antibiótico más recomendado es de dos 2 g de una cefalosporina de primera generación (cefalotina, cefazolina, etc.), intravenosos (IV), en dosis única, que deben aplicarse a toda paciente que vaya a ser sometida a cesárea. De no ser posible la aplicación de la cefalosporina se considerará alternativamente la de ampicilina, 2 g IV en dosis única, o ampicilina-sulbactam 750 mg IV en dosis única.

El momento adecuado para aplicar el antibiótico profiláctico es antes de la incisión de la piel. Un metaanálisis encontró que el antibiótico colocado antes de la cirugía produjo una reducción del riesgo de endometritis (RR: 0,47, IC 95% 0,26-0,85) y de la morbilidad infecciosa total (RR: 0,5, IC 95% 0,33-0,78), comparado con la aplicación al momento del pinzamiento del cordón umbilical.[29]

La tricotomía debe practicarse sólo del vello púbico del monte de Venus inmediatamente antes del traslado a la sala de cirugía. El tiempo transcurrido desde la tricotomía a la cesárea se ha asociado con aumento de la infección de la herida quirúrgica.

El lavado preoperatorio de la pared abdominal y de la cavidad vaginal debe realizarse para disminuir la infección postoperatoria. Una revisión sistemática demostró que la preparación vaginal con yodopovidona, inmediatamente antes de la cesárea, reduce significativamente el riesgo de endometritis, del 9,4 por ciento en el grupo control al 5,2 por ciento en el de limpieza vaginal (RR: 0,57, IC 95% 0,38-0,87), y ésta reducción es aún mayor en pacientes con membranas rotas.[29] Luego del lavado genital se debe cateterizar la vejiga con sonda vesical, la cual debe permanecer in situ hasta que la paciente recupere la movilidad o hasta 12 horas después de aplicada la última dosis de anestesia regional.[30]

IV.2.2.13. Técnicas

Cesárea segmentaria transversa transperitoneal (CSTT)

Es la técnica utilizada en la mayoría de las situaciones obstétricas antes descritas y también la más usada alrededor del mundo. De relativa simplicidad, permite un rápido acceso a la cavidad uterina y por ello es el método de elección. El sangrado de la pared uterina es menor gracias a la formación del segmento uterino.

Para realizar este procedimiento se realiza una laparotomía. En la actualidad se prefiere la incisión tipo Pfannenstiel, en la cual se incide la piel y el tejido celular subcutáneo por medio de una incisión transversa suprapúbica, dos dedos por encima del pubis hasta la fascia muscular. Ésta se incide también en forma transversal exponiendo los músculos rectos abdominales, que se separan en la línea media para ingresar al espacio preperitoneal, usualmente con tejido graso. Se prosigue la disección roma hasta identificar el peritoneo, el cual debe abrirse con cuidado para ingresar a la cavidad abdominal, evitando lesionar las asas intestinales subyacentes y en la parte inferior la vejiga.

También se puede acceder al útero mediante una incisión mediana infraumbilical, en ella la piel, el tejido celular subcutáneo y la fascia se inciden longitudinalmente para ingresar al espacio preperitoneal y abrir el peritoneo como en la técnica anterior. La incisión de Pfannenstiel ofrece ventajas estéticas sobre la incisión mediana infraumbilical, pero en algunas ocasiones ofrece un campo quirúrgico más restringido.

La incisión abdominal de Joel-Cohen consiste en realizar una incisión transversa en piel a 3 cm por debajo del nivel de las espinas ilíacas superiores anteriores (más elevada que la incisión Pfannenstiel). El tejido celular subcutáneo se abre 3 cm en el centro. Se efectúa una incisión en la fascia de forma transversal en la línea media y luego se extiende lateralmente con una disección roma con los dedos.[31] La disección del dedo se utiliza para separar los músculos rectos de forma vertical y abrir el peritoneo. Todas las capas de la pared abdominal se estiran manualmente con el fin de extender la incisión de la pared. [31]

La incisión de Joel-Cohen tiene ventajas comparada con la de Pfannenstiel: menor frecuencia de fiebre, de dolor y de requerimientos analgésicos. Sin embargo, los estudios no dan información sobre la morbilidad a largo plazo.[32,33]

Para mejorar el acceso y la exposición de la cavidad abdominal y pélvica con incisiones transversas se ha sugerido que la incisión de Pfannenstiel se complemente con la incisión de Maylard, en la cual los músculos rectos abdominales son incididos transversalmente. Este abordaje puede causar sección de los nervios ilioinguinal e iliohipogástrico cuando se extiende mucho en forma lateral. Así mismo, se puede practicar la desinserción de los músculos rectos abdominales en el borde superior del pubis (incisión de Cherney).

Al ingresar a la cavidad abdominal se identifica el segmento uterino y se repara el peritoneo del receso vesicouterino que se incide transversalmente. En el punto medio del segmento se hace una incisión transversa superficial y cuidadosa con bisturí, y con una pinza de Kelly se incide el útero para llegar a la cavidad amniótica; luego, digitalmente, o con tijeras, se amplía la incisión del segmento en sentido transversal (incisión tipo Kerr), hasta aproximadamente 10 cm, con el objetivo de permitir la extracción del feto. La disección y ampliación roma digital de la incisión produce menor pérdida sanguínea, hemorragia posparto severa y necesidad de transfusión posparto, comparada con la incisión cortante con tijeras.[33-36]

Si está indicado en este momento, se aspira parcialmente el líquido amniótico. Se introduce cuidadosamente la mano dominante del cirujano, tratando de colocar el vértex o el sacro a nivel de la histerotomía. En la presentación cefálica pueden emplearse instrumentos (fórceps o espátulas) para facilitar la extracción o el deslizamiento de la presentación a través de la incisión uterina. El ayudante ejerce presión sobre el fondo uterino para asistir al cirujano en la extracción fetal.

Una vez obtenida la extracción fetal y realizado el secado y estimulación del recién nacido, se pinza y liga el cordón umbilical, siguiendo los criterios establecidos para ello según la condición clínica del neonato y de la patología médica materna.[37,38] Se procede al alumbramiento dirigido, con tracción sostenida del cordón umbilical y masaje uterino externo para obtener la placenta. Existe evidencia de que el alumbramiento manual incrementa la pérdida sanguínea y el riesgo de

endometritis poscesárea (15,2%) comparado con el alumbramiento dirigido (5,7%).[39] Se verifica la extracción completa de la placenta, se limpia la cavidad uterina con una compresa y se procede a practicar la histerorrafia promoviendo la contracción uterina con una infusión de cinco unidades de oxitocina.[40]

Clásicamente se describe la histerorrafia en un primer plano con puntos contínuos cruzados perforantes, deciduo-musculares, y un segundo plano con puntos contínuos simples invaginantes, músculo-musculares. Estos dos planos generalmente se realizan con catgut crómico 1 ó 0 (también puede usarse poliglactina o ácido poliglicólico). Luego se practica un tercer plano de afrontamiento del peritoneo visceral con puntos contínuos simples, en catgut crómico 00.

La evidencia actual ha encontrado que el cierre del útero en una capa, comparada con el cierre en dos capas, se asocia con una reducción pequeña pero significativa en pérdida sanguínea y en el tiempo quirúrgico.[41,42] Sin embargo, no hay evidencia suficiente acerca de sus consecuencias a largo plazo, por lo que se recomienda el cierre del útero en dos planos.[40]

Mantener el útero dentro de la cavidad abdominal o exteriorizarlo durante la histerorrafia no ha mostrado diferencias significativas en complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias. El tiempo quirúrgico, la pérdida de sangre y la estancia hospitalaria son similares.[43] No obstante, Baksu et al. encontraron un incremento del riesgo de infección poscesárea cuando se realizó la exteriorización uterina para la reparación del útero independientemente del tipo de alumbramiento efectuado.[39]

Una revisión sistemática halló que con respecto al cierre del peritoneo, omitir este paso reduce el tiempo operatorio si uno o ambos peritoneos (visceral y parietal) no se suturan. También se constató reducción en la presencia de fiebre en el posoperatorio, en el número de dosis analgésicas y en la estancia hospitalaria. Un estudio de seguimiento examinó la formación de adherencias con relación al manejo previo del peritoneo. Los autores evidenciaron más adherencias en mujeres cuyos peritoneos no habían sido cerrados en cirugías anteriores, aunque hubo heterogeneidad en cuanto al cierre de peritoneo visceral o parietal o ambos.[44,45] Faltan más estudios a largo plazo para dar una conclusión definitiva con respecto al

cierre o no del peritoneo[46], pero en la actualidad algunas guías recomiendan no efectuar el cierre de ninguno de los peritoneos.[40,42]

Después de concluida la histerorrafia se procede a revisar los anexos y la cavidad pélvica y abdominal, si existe indicación para hacerlo. Se practica la limpieza de la cavidad pélvica y peritoneal, retirando la sangre y los coágulos.

Finalmente, se cierra la fascia con puntos continuos simples en ácido poliglicólico o poliglactina 1 ó 0. Se completa la hemostasia del tejido subcutáneo; en caso necesario, se afronta la grasa subcutánea con puntos separados en catgut simple 00 si éste tiene un grosor superior a 2 cm con el objetivo de evitar el espacio muerto. Esta medida reduce las colecciones e infecciones superficiales del sitio quirúrgico.[47] Finalmente, se realiza el cierre de la piel con sutura intradérmica en nylon o material similar.

Es posible practicar la histerotomía a nivel segmentario con una incisión longitudinal (de Kroning), en aquellos casos en que el segmento no se ha formado como en los embarazos muy prematuros.[48,49] Desafortunadamente esta incisión puede prolongarse accidental y caudalmente hacia la vejiga y vagina o cefálicamente hacia el fondo uterino. Contraindica el parto vaginal en un posterior embarazo.

El uso de suturas de absorción lenta (ácido poliglicólico, poliglactina, etcétera) en la histerorrafia se ha asociado con menor índice de infección postoperatoria.

La técnica Misgav-Ladach[50,51] utiliza la incisión abdominal de Joel-Cohen excepto para la fascia que se abre, por debajo de la grasa, con la punta de la tijera levemente abierta. El útero se abre como con el método Joel-Cohen (bisturí en la línea media y disección roma para ampliar lateralmente). Luego de la extracción fetal se realiza la remoción manual de la placenta. El útero se extrae de la cavidad abdominal y la incisión del miometrio se cierra con una sutura continua cruzada de una sola capa sin suturar las capas peritoneales; la fascia también se cierra con una sutura continua, y la piel, con dos o tres suturas de colchonero. Entre estas suturas se acercan los bordes de la piel con pinzas de Allis, que se dejan en el lugar durante cinco minutos mientras se retiran los campos operatorios. Las ventajas reportadas por los autores incluyen tiempo de operación menor, menos uso de material de sutura, menos

pérdida de sangre intraoperatoria, menor dolor postoperatorio, menos infección de la herida y menores adherencias en la repetición de la cirugía.[52]

Cesárea clásica (corporal)

En este tipo de cesárea el acceso en pared abdominal es el mismo. Sin embargo, la incisión a nivel uterino se realiza longitudinalmente a nivel de la cara anterior del cuerpo uterino. Tiene la ventaja de permitir una rápida extracción fetal. Como desventajas, se refiere que la pérdida sanguínea suele ser mayor, es más difícil de reparar, origina más adherencias y tiene mayor riesgo de ruptura en un posterior embarazo, por lo cual se contraindica un subsecuente parto vaginal.

Sus indicaciones son:

- Segmento con mioma o tumor.
- Vejiga adherida sobre el segmento.
- Carcinoma invasivo de cérvix.
- Placenta previa anterior.
- Situación transversa fetal.

IV.2.2.14. Complicaciones

La cesárea, como todo procedimiento quirúrgico, no está exenta de complicaciones, aun en manos experimentadas. La mortalidad asociada al procedimiento es en la actualidad muy baja, siendo de aproximadamente el 5,8 x 100.000 nacimientos, aunque se evidencia que la operación cesárea aislada de otras complicaciones del embarazo representa un riesgo relativo de 5 para mortalidad comparada con el parto vaginal y éste es mayor cuando el procedimiento se realiza de manera no electiva. Esta premisa es igualmente válida para la morbilidad materna, ya que se aprecia una tasa mayor de complicaciones intra y posparto en las pacientes sometidas a este procedimiento, comparadas con aquellas pacientes que tienen su parto por vía vaginal.

Complicaciones intraoperatorias

Durante el procedimiento quirúrgico pueden presentarse lesiones intestinales, vesicales, ureterales y vasculares que de no ser reconocidas y manejadas a tiempo pueden tener consecuencias catastróficas. La mejor manera de manejar estas complicaciones consiste en la prevención y el diagnóstico temprano. Para ello debe evitarse, en lo posible, el acceso acelerado a la cavidad abdominal, el uso a ciegas y desesperado de las pinzas hemostáticas para el control de la hemorragia, el conocimiento profundo de la anatomía pélvica y de la técnica quirúrgica, así como una planeación adecuada del procedimiento, conociendo los antecedentes y la historia clínica y condición actual de la paciente, ya que antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía abdominal o pélvica previa, endometriosis, tumores o condiciones como obesidad extrema, pueden generar adherencias y bridas que originan dificultades técnicas predisponentes a las complicaciones.

El conocimiento adecuado del tamaño, la posición, situación y actitud fetales también son indispensables para la planeación y ejecución del procedimiento, evitando así los desgarros o prolongaciones de la histerotomía, que pueden afectar las arterias uterinas y por cercanía al uréter, o en las incisiones segmentarias verticales a la vejiga y la vagina, como ya se mencionó. Estas prolongaciones incrementan el sangrado, prolongando la estancia y aumentando el riesgo de transfusiones y de infección posparto. Igualmente, pueden producirse lesiones cortantes sobre la piel fetal (alrededor del 2%)[46] si no se es cuidadoso en la incisión uterina, y traumatismos más severos durante la extracción fetal, como fracturas en la calota fetal (fractura de ping-pong), húmero, clavícula, fémur y lesiones del plejo braquial, sobre todo en presencia de situaciones transversas, ruptura prematura de membranas y embarazos pretérmino, durante las maniobras de extracción, especialmente si se realizan de manera brusca y afanada.

Complicaciones postoperatorias

Las complicaciones postoperatorias pueden ser secundarias a la anestesia o al procedimiento quirúrgico. Las más importantes son: sangrado posparto, infección puerperal y embolismo de líquido amniótico.

Como consecuencia de la anestesia raquídea puede aparecer el cuadro de cefalea pulsátil, que se incrementa en la bipedestación y en la posición vertical, de gran intensidad, y que disminuye al acostar a la paciente. Esta cefalea pospunción puede manejarse con analgésicos, reposo a 0º y buena hidratación parenteral inicialmente. Si no mejora, la paciente deberá manejarse por el servicio de anestesia.

El uso de antibióticos profilácticos ha disminuido la tasa de infección posparto hasta niveles por debajo del 10 por ciento, tanto de endometritis como de infecciones urinarias y de la herida quirúrgica.

Se describen complicaciones tardías asociadas a la cesárea como la dehiscencia tardía de la histerorrafia, a consecuencia de la necrosis isquémica de ella, obstrucción intestinal por bridas, endometriomas de la cicatriz uterina y de la piel, con frecuencias muy bajas.

La cesárea, unida a los cambios fisiológicos de la gestación que promueven la coagulación, incrementa el riesgo de complicaciones tromboembólicas durante el puerperio, incluido el tromboembolismo pulmonar masivo. Por tal motivo, se recomienda la profilaxis antitrombótica mediante la ambulación temprana, las medias de gradiente de presión, mantener hidratación adecuada y el uso de profilaxis antitrombótica con heparinas de bajo peso molecular durante el postoperatorio inmediato. Esta recomendación tiene mayor importancia cuando coexisten en la paciente otros factores de riesgo adicionales para esta complicación como multiparidad, obesidad (IMC mayor de 30), peso mayor de 90 kg, edad materna avanzada (mayor de 35 años), várices de miembros inferiores o presencia de patologías como la preeclampsia, trabajo de parto prolongado o enfermedades médicas asociadas a la gestación que promuevan la inmovilidad o incrementen el riesgo de trombosis (enfermedades del colágeno, anticuerpos antifosfolípidos, enfermedades inflamatorias o metabólicas).[40,53]

El recién nacido experimenta con mayor frecuencia taquipneas transitorias del recién nacido luego del parto por vía abdominal, especialmente aquellos sin trabajo de parto previo o llevados a cesárea electiva, lo que hace suponer una falta de adaptación del feto para la vida extrauterina inducida por el trabajo de parto.

Después del parto

Si está despierta durante la cirugía, probablemente podrá sostener inmediatamente a su bebé. La trasladarán entonces a una sala de recuperación o directamente a su habitación. Se examinará periódicamente su presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, la cantidad de sangrado y el abdomen.

Si planea lactar al bebé, asegúrese de decírselo a su médico. Tener una cesárea no quiere decir que será incapaz de darle el pecho a su bebé. Debe poder comenzar a amamantar al bebé de inmediato.

Es posible que necesite permanecer acostada por un tiempo. Las primeras veces que se levante de la cama, deberá disponer de la ayuda de una enfermera u otro adulto.

Al poco tiempo de la cirugía, le extraerán el catéter de la vejiga. Seguirá recibiendo líquidos intravenosos después del parto hasta que pueda comer y beber. La incisión abdominal permanecerá dolorosa durante los primeros días. Es posible que el médico le recete un medicamento para el dolor que deberá tomar una vez que se disipen los efectos de la anestesia. Tal vez le resulte útil usar una almohadilla térmica. Hay muchas maneras distintas de controlar el dolor. Hable con su médico sobre sus opciones.

La estancia hospitalaria después de un parto por cesárea por lo general es de 2 a 4 días. La duración de la estancia depende del motivo que propició el parto por cesárea y el tiempo que demore el cuerpo en recuperarse. Cuando regrese a casa, puede que necesite cuidados especiales y limitar sus actividades. Su médico o la enfermera le indicará lo que debe hacer.

Después de regresar a casa

El abdomen se cicatrizará por completo en unas semanas. Mientras se recupera, es posible que tenga:

- Cólicos leves, especialmente si lacta al bebé
- Sangrado o secreciones durante aproximadamente 4 a 6 semanas
- Sangrado con coágulos y cólicos
- Dolor en la incisión

Para evitar que ocurra una infección, no debe colocarse nada en la vagina y abstenerse de tener relaciones sexuales durante unas semanas después del parto por cesárea. Permita que transcurra un tiempo antes de realizar actividades vigorosas. Llame a su médico si tiene fiebre, sangrado profuso o si empeora el dolor.

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Años cumplidos	Ordinal
Religión	Es una actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.	Católica Cristiana Evangélica Testigo de Jehová Atea	Nominal
Vía preferida de desembarazo	Fenómenos activos y pasivos que desencadenados al final de la gestación, que tienen por objeto la expulsión del producto mismo de la gestación	Vaginal Cesárea	Nominal
Razón de la preferencia	Razón por la que prefiere la vía seleccionada	Dolor Miedo a complicaciones Comodidad (horario programado) Estadía hospitalaria Estética Consecuencias	Nominal

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal que tuvo por objeto la recolección de la información sobre la forma preferida de vía de desembarazo en gineco-obstetras que están en su periodo de reproducción. (Ver anexo XII.1. del cronograma)

VI.2. Demarcación geográfica

El estudio tuvo como referencia la Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología ubicada en el Ensanche Quisqueya el cual se encuentra delimitado al Norte, por la calle Luis F. Thomen; al Sur, por la Avenida 27 de Febrero; al Este, por la calle Carmen Mendoza de Cornielle; y al Oeste, por la Calle Winston Arnaud.

VI.3. Población y muestra

El universo del estudio fueron todas las gineco-obstetras inscritas en la Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología. La muestra estuvo dirigida por todas las gineco-obstetras que están en su periodo de reproducción y que accedieron a colaborar con el estudio.

VI.4. Criterios

VI.4.1 De inclusión

a. Ser gineco-obstetra activa.
b. Estar inscrito en la Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología.
c. Firmaron el consentimiento.

VI.4.2 De exclusión

a. No quisieron participar en el estudio.
b. No pertenecieron a la Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología.
c. No firmaron el consentimiento.

VI.5. Instrumento de recolección de los datos.

La recolección de datos se hizo a través de un formulario elaborado por las sustentantes con la supervisión de los asesores. Se elaboró en formato (8 ½ por 11).

Este formulario incluyó preguntas abiertas y cerradas que dieron respuestas a los objetivos de éste estudio, además de los datos socio demográfico (edad, religión), información referente a su historia pasada. (Ver anexo XII.2. Instrumento de recolección de datos.)

VI.6. Procedimiento

Esta actividad se desarrolló por dos estudiantes de medicina de último año de la UNPHU, las que se encargaron de la recopilación de los datos, en base al formulario estandarizado aplicado a los expedientes ya señalados. El estudio implicó el manejo de datos ofrecidos por las gineco-obstetras en Santo Domingo. Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con ésta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por la investigadora. Todos los informantes identificados durante ésta etapa fueron abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactadas en las etapas subsecuentes del estudio.

Para realizar la recolección de datos se siguieron los siguientes pasos:

- Se envió una carta a la directora de la Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología solicitando un listado de Ginecólogas de Santo Domingo.

- Dicho listado contiene todos los médicos gineco-obstertras que pertenecen a la Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología, incluye sus números telefónicos, direcciones de sus consultorios y correos electrónicos.
- Se seleccionaron gineco-obstetras mujeres y se les realizó un cuestionario de manera personal en su consultorio, previo consentimiento informado.

VI.7. Tabulación y análisis

Los datos obtenidos fueron sometidos a revisión y procesamiento, para lo cual se utilizaron los programas Microsoft Word y Microsoft Excel 2009 utilizando complementariamente técnicas estadísticas.

Se calcularon las proporciones simples y se aplicó la técnica de Chi cuadrado para la comparación de variables discretas considerándose de significación estadística una $p<0.05$. Los resultados ya demostrados se presentan en cuadros y gráficos, en frecuencia y porcentajes para su mejor comprensión.

VI.8. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). El protocolo del estudio y el instrumento diseñado para el mismo fue sometido a la revisión a la coordinación de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina, cuyo aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

Todos los datos recopilados en éste estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de pacientes participantes fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto de la presente tesis, tomada, en otras autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

VII. RESULTADOS

Se entrevistaron 152 gineco-obstetras pero se eliminaron 40 dado que no se encontraban dentro de su período de reproducción.

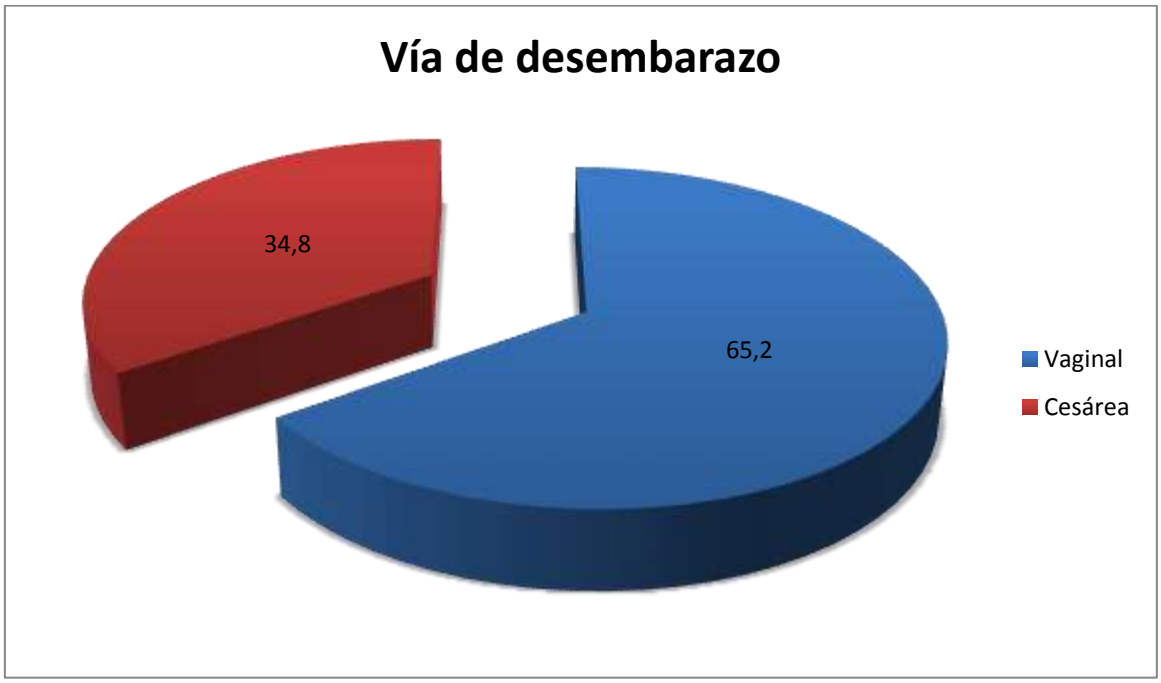
Cuadro 1. Preferencia de vía de desembarazo en gineco-obstetras dominicanas que están en su período de reproducción. Según vía de desembarazo.

Vía de desembarazo	Frecuencia	%
Vaginal	73	65.2
Cesárea	39	34.8
Total	112	100.0

Fuente: Directa.

El 65.2 por ciento de las gineco-obstetras prefieren parto vaginal.

Gráfico 1. Preferencia de vía de desembarazo en gineco-obstetras dominicanas que están en su período de reproducción. Según vía de desembarazo.



Fuente: Cuadro 1.

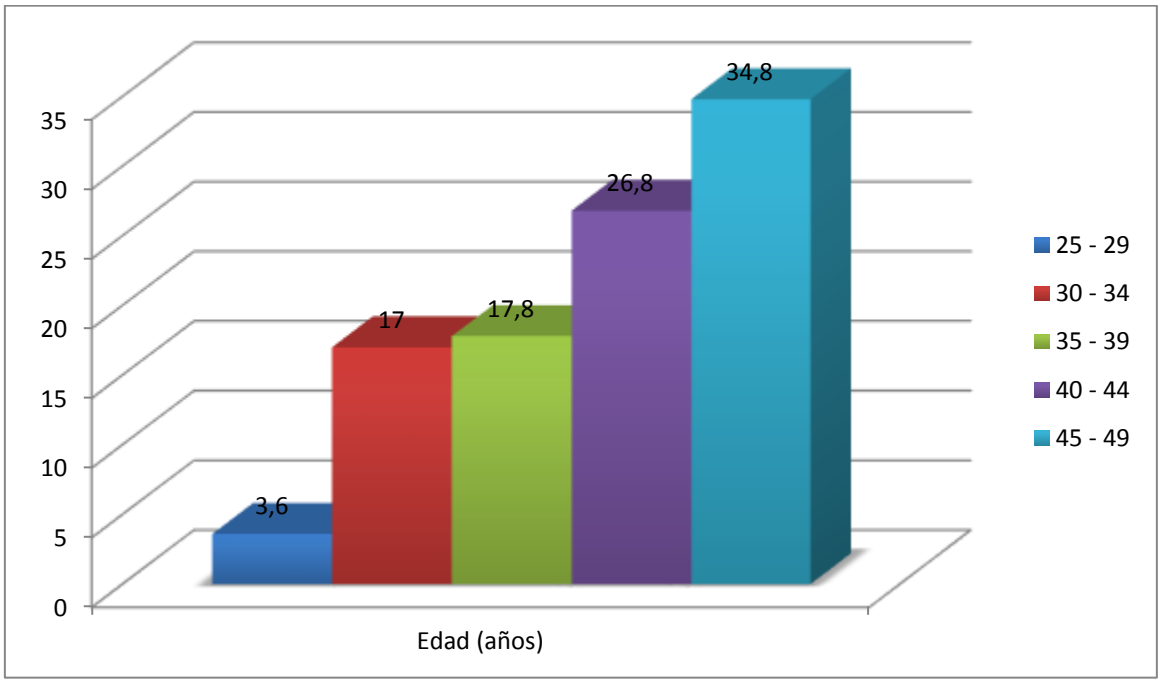
Cuadro 2. Preferencia de vía de desembarazo en gineco-obstetras dominicanas que están en su período de reproducción. Según edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
25-29	4	3.6
30-34	19	17.0
35-39	20	17.8
40-44	30	26.8
45-49	39	34.8
Total	112	100.0

Fuente: Directa.

Se observa que la concentración del estudio estuvo comprendido en la franja representada por gineco-obstetras que tienen entre 45-49 años de edad.

Gráfico 2. Preferencia de vía de desembarazo en gineco-obstetras dominicanas que están en su período de reproducción. Según edad



Fuente: Cuadro 2.

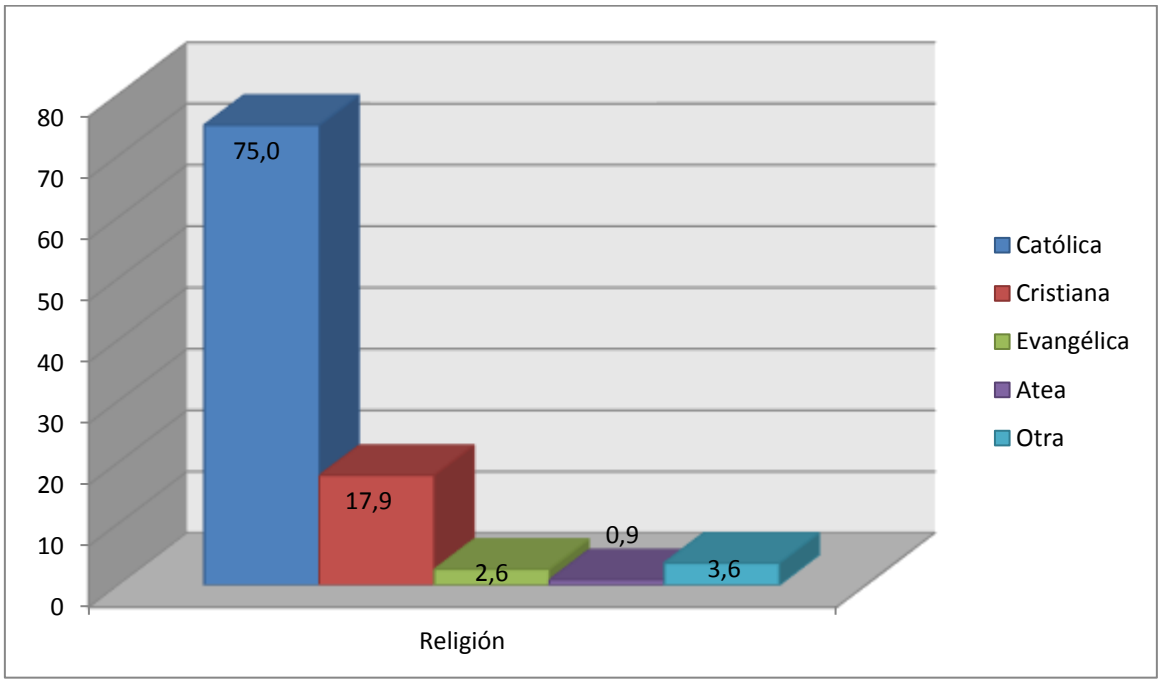
Cuadro 3. Preferencia de vía de desembarazo en gineco-obstetras dominicanas que están en su período de reproducción. Según religión.

Religión	Frecuencia	%
Católica	84	75.0
Cristiana	20	17.9
Evangélica	3	2.6
Atea	1	0.9
Otra	4	3.6
Total	112	100.0

Fuente: Directa.

El 75.0 por ciento de las gineco-obstetras entrevistadas pertenecen a la religión católica.

Gráfico 3. Preferencia de vía de desembarazo en gineco-obstetras dominicanas que están en su período de reproducción. Según religión.



Fuente: Cuadro 3

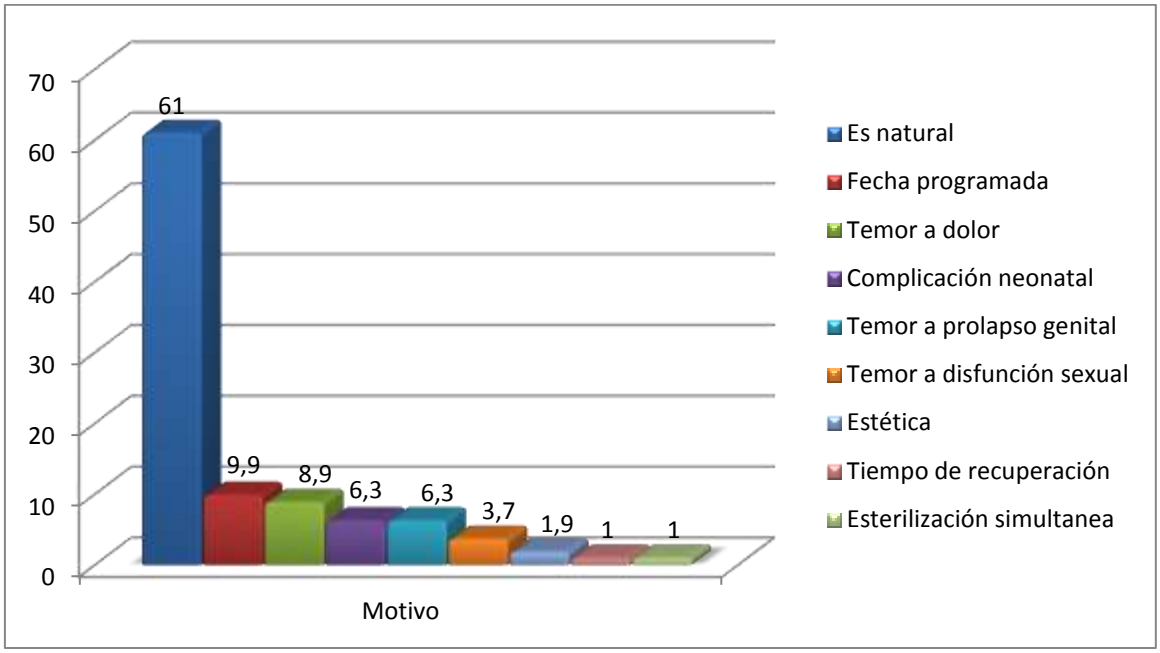
Cuadro 4. Preferencia de vía de desembarazo en gineco-obstetras dominicanas que están en su período de reproducción. Según motivo por el que prefieren la vía seleccionada.

Motivo	Frecuencia	%
Es natural	69	61.0
Fecha programada	11	9.9
Temor a dolor	10	8.9
Complicación neonatal	7	6.3
Temor a prolapso genital	7	6.3
Temor a disfunción sexual	4	3.7
Estética	2	1.9
Tiempo de recuperación	1	1.0
Esterilización simultanea	1	1.0
Total	112	100.0

Fuente: Directa.

El 61 por ciento de las gineco-obstetras consideran que la razón por la cual prefieren la vía vaginal es porque es natural, el 8.9 por ciento por temor al dolor, el 9.9 por ciento por la fecha programada, el 6.3 por ciento por complicación neonatal, el 6.3 por ciento por temor al prolapso genital y el 3.6 por ciento por temor a disfunción sexual.

Gráfico 4. Preferencia de vía de desembarazo en gineco-obstetras dominicanas que están en su período de reproducción. Según razón.



Fuente: Cuadro 4.

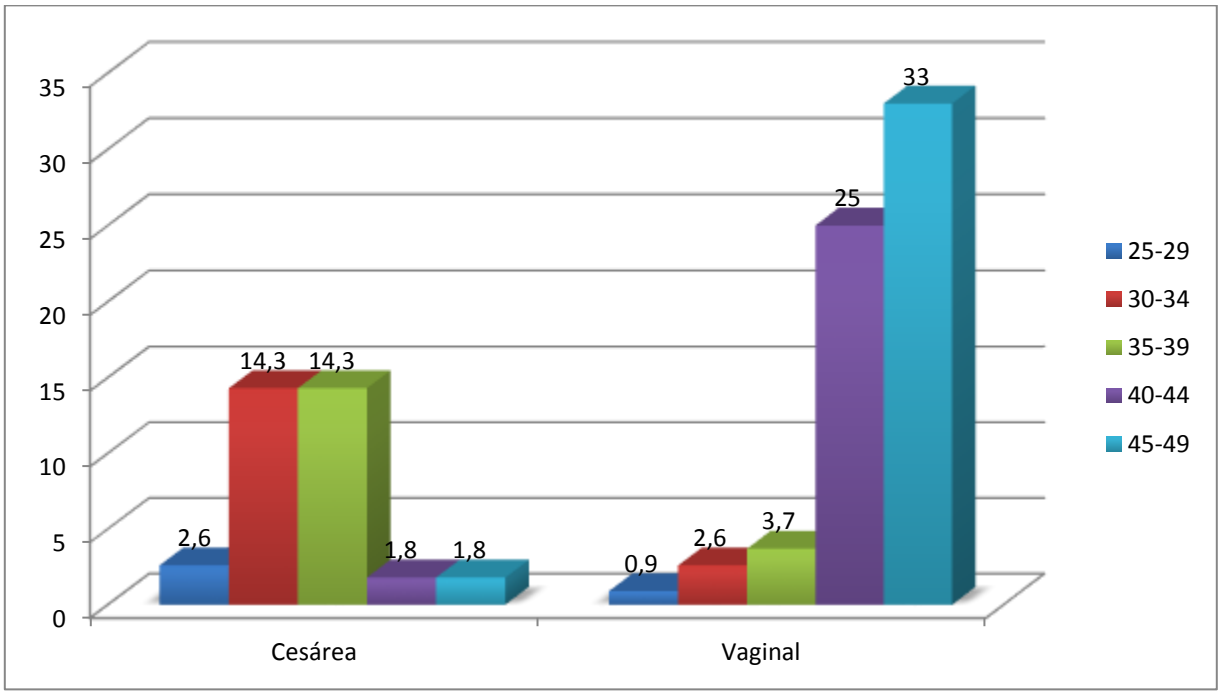
Cuadro 5. Preferencia de vía de desembarazo en gineco-obstetras dominicanas que están en su período de reproducción. Relación de la edad con número de parto:

Edad (años)	Cesárea		Vaginal		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
25-29	3	2.6	1	0.9	4	3.5
30-34	16	14.3	3	2.6	19	16.9
35-39	16	14.3	4	3.7	20	18.0
40-44	2	1.8	28	25.0	30	26.8
45-49	2	1.8	37	33.0	39	34.8
Total	39	34.8	73	65.2	112	100.0

Fuente: Directa.

Se encontró que las gineco-obstetras de 45 – 49 años habían realizado 39 (34.8%) gestaciones de los cuales el 33 por ciento fueron vía vaginal y el 1.8 por ciento por cesárea.

Gráfico 5. Preferencia de vía de desembarazo en gineco-obstetras dominicanas que están en su período de reproducción. Relación de la edad con número de parto:



Fuente: Cuadro 5.

VIII. DISCUSIÓN

La franja más amplia de mujeres en éste grupo de estudio se encuentra en la categoría de 40- 49 años, ya pasado el período de reproducción máxima. La mayoría contesta que pertenece a la religión católica. Fué observado que las gineco-obstetras entrevistadas preferían el parto vaginal a cesárea. La razón más común para optar por cesárea es el temor a dolor, en primer lugar y conveniencia para programar la fecha de parto, en segundo lugar, observándose que prácticamente tienen la misma cantidad de entrevistadas que seleccionaron éstos motivos.

Muchas gineco-obstetras explicaron que la vía de desembarazo no se escoge, si no que en un principio será vía vaginal y dependiendo de los imprevistos que surjan o si hay ciertas indicaciones médicas para realizar una cesárea; algunas lo ven de manera religiosa o de una manera más poética como «Ha llegado la hora de cambiar el viejo y mítico paradigma bíblico de parirás con dolor, que contiene el mandato implícito de parir con temor, por uno que conlleve el parir como una celebración de la vida, que libere también a la mujer de su alienación e incapacidad de decisión, y le devuelva el protagonismo de su cuerpo acontecido altar sagrado, encarnación de la belleza y del misterio de la vida. Si, desterremos la antigua e insensata maldición y creemos un nuevo paradigma que resuene en el corazón de las mujeres y de los hombres de hoy y sea uno de los fundamentos de una nueva civilización liberada de la ignorancia, el temor y la violencia, y que diga; mujer, parirás con alegría y amor».[54]

Otras gineco-obstetras, las que se encuentran en el rango de edad de 25 a 39 años prefieren cesárea alcanzando el 81 por ciento de ésta franja, mientras que sólo el 6 por ciento de las entrevistadas de 40 a 49 años prefirieron cesárea. Este resultado concuerda con el estudio que realizaron en Brasil entre las estudiantes de medicina y con la opinión de Ruddy Guerrero, el presidente de la Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología, que comentó en noviembre de 2012 refiriéndose a la tasa aumentada de cesárea en la República Dominicana, «la mujer joven le tiene miedo al dolor producido por el parto vaginal o normal».[55] Esto puede interpretar que las generaciones más jóvenes no consideran el parto vaginal como el estándar o que consideran las dos vías de desembarazo como opciones y sienten que tienen la posibilidad o libertad de elegir. Para las generaciones de mayor edad el

dolor y otras consecuencias son algo normal que acompañan al parto vaginal y también obligatorias, mientras para las generaciones más jóvenes son problemas que tienen solución y pueden ser evitados aunque estén conscientes de los riesgo que conllevan esa opción.

También en las más jóvenes la religión va perdiendo su sentido ortodoxo, a pesar de ser creyentes aparecen otros factores como comenta un artículo «El modelo de sociedad actual basado en el consumismo extremo, banalización de la existencia y alejamiento de valores espirituales ha provocado la pérdida de significados profundos en los actos y momentos más transcendentes de la vida, como son el nacimiento y la muerte». Se pierde ese significado del parto para optar por el modernismo y nuevas tendencias como es el uso de la cesárea.[56]

IX. CONCLUSIONES

Luego de analizados y discutidos los resultados hemos llegado a las siguientes conclusiones:

En total en éste estudio, las gineco-obstetras de Santo Domingo prefieren parto vaginal a cesárea para ellas mismas. La razón para esa preferencia es porque creen que es el estándar y no ven la necesidad de optar por otra vía cuando no existe ninguna indicación médica. Las franjas comprendidas entre 25-29, 30-34 y 35-39 años tienen un alto porcentaje de preferencia a cesárea comparada con la misma tasa para las otras franjas demostrando una tendencia muy alta a preferir la vía de desembarazo cesárea. Mientras la razón principal para preferir cesárea es temor al dolor, la mayoría prefiere parto vaginal porque es natural.

Esta investigación tuvo un resultado muy similar a los de otros estudios ya mencionados y además demuestra las razones por la cual las gineco-obstetras en Santo Domingo prefieren cada vía de desembarazo.

Comparando el resultado con la tasa de cesárea en el país, aunque la tasa sobrepasa la recomendación de OMS, no existe una gran diferencia y podemos concluir que no hay contradicción entre práctica en los pacientes y la preferencia de las gineco-obstetras. Sin embargo, cuando analizamos el resultado por la edad de médicos, existe gran diferencia entre ellos. Sólo el 6 por ciento de los médicos que están entre 40-49 años prefieren a cesárea.

Cuando éstas gineco-obstetras jóvenes lleguen a ser la mayoría de las gineco-obstetras del país, la tasa de nacimiento por cesárea puede aumentar, sumado a las pacientes jóvenes que prefieren cesárea, pero lo más importante es que en el juicio médico, la elección de una acción u omisión de ella debe considerar como primera prioridad la seguridad y el beneficio de los pacientes. En relación a la decisión sobre la vía de parto, el médico debe elegir en base a qué tipo de parto representa un mejor resultado para la madre y el recién nacido.[56]

X. RECOMENDACIONES

Luego de haber analizados y discutidos los resultados hacemos las siguientes recomendaciones:

Sugerimos que las gineco-obstetras tomen tiempo para conversar con los pacientes sobre su inquietud y les ofrezcan alguna medida para el alivio o disminución de dolor de parto si es el caso ya que es el mayor razón para optar por cesárea es temor al dolor.

También aclarar a los pacientes todas las posibles complicaciones y consecuencias a corto y largo plazo de las dos vías para darles la oportunidad de saber todas las posibilidades y poder tomar la decisión con su propio juicio.

Realizar futuros trabajos de investigación que pudieran relacionarse los variables como edad, religión y clase social a fin de identificar los factores que influyen con mayor magnitud la preferencia.

Recomendamos que se realicen estudios de mayor amplitud en cuanto a los estudiados, incluyendo los residentes de gineco-obstetricia ya que ellos constituyen la parte de esta población más joven.

XI. REFERENCIAS

1. Federación de Asociaciones de Matronas de España, FAME Vélez-Málaga, junio de 2006.
2. World Health Organization Regional Office for Europe. European Health for all Database (HFA-DB).
3. Berquó E, Garcia S, Lago T, coord. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografía e Saúde da Criança e da Mulher [texto na Internet]. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnología e Insumos Estratégicos, Ministerio da Saúde; 2009.
4. NAPOLES MENDEZ, Danilo y PILOTO PADRON, Mercedes. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea, *MEDISAN* [online]. 2012, vol.16, n.10 [citado 2014-04-21], pp. 1579-1595 .
5. Brasil, Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. O modelo de atenção obstétrica no Setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro, 2008.
6. Pavón León Patricia, Gogeascoechea Trejo Ma. del Carmen, Ramírez Muro Miguel, Landa Ortiz Víctor; Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana.
7. Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. Obstetrician's personal choice and mode of delivery, *Lancet* 1996; 347: 544.
8. Harer WB. Patient choice cesarean. *AOCG Clin Rev* 2000; 5: 1-15.
9. Watanabe, T.; Knobel, R.; et al. Medical students` personal choice for mode of delivery in Santa Catarina, Brazil: a cross-sectional, quantitative study. BMC Medical Education 2012,12:57.
10. Besio MR. Cesárea versus parto vaginal. Una perspectiva ética, *Rev Méd Chile*. 1999;127:1121- 1125.
11. The American College of Obstetricians and Gynecologists and Society for Maternal-Fetal Medicine; Definición de embarazo a término. IntraMed. 2013.
12. Danforth Tratado de Obstetricia y Ginecología.- Capitulo 7 Trabajo de Parto, Parto y puerperio normales. Farrington y Ward.-8ª. Edición, Editorial Mc Graw

Hill. 1999.

13. Cunningham, F.: Leveno, K.; Bloom, S. *et al.*, Obstetricia de Williams, 151-435, 22ª ed., Mac Graw Hill, 2005
14. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. Alan H. De Cherney editor. Capitulo 10 Curso y Atención del Trabajo de Parto; Biswas y Craigo. Paginas241-273. 7ª. Edición. Español.
15. Schwarcz, R. Fescina, R. Duverges, C.; Obstetricia, 372, 6ª ed., Grupo Ilhsa S.A. 2005.
16. Eghon Guzmán; Perfil epidemiológico de la cesárea en Chile en la década 2000-2010; Medwave 2012 Mar/Abr;12(3):e5331 doi: 10.5867/medwave.2012.03.5331
17. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. 2007.
18. Departamento de Estadística e Informática del Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Estadísticas, Estadísticas vitales, informe anual. Santiago, Chile: INE, 2007.
19. ALARM. Manual Advances in Labour and Risk Management. Edition. Canada, 2010.
20. Parto por cesárea primera electiva, *Rev. chil. obstet. ginecol*. [online]. 2003, vol.68, n.1, pp. 79-80.
21. Uzcátegui O. Estado actual de la cesárea. Gac Méd Caracas. 2008;116:280-286.
22. Kizer S. Frecuencia de la cesárea: Factores resaltantes relacionados con su incremento. Gac Méd Caracas. 2011;119:12-21.
23. Stamer UM, Messerschmidt A, Wulf H, Hoeft A. Equipment for the difficult airway in obstetric unts in Germany. J Clin Anesth 2000 Mar; 12(2):151-6
24. Kuczkowski KM, Reisner LS, Benumof JL. Airway problems and new solutions for the obstetric patients. J Clin Anesth 2003;15:552-563
25. Tita AT , Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes, *N Engl J Med 2009*; 360(2): 111-120.

26. Smaill FM, Gyte GML. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD007482. DOI: 10.1002/ 14651858. CD007482. pub2
27. Hopkins L, Smaill FM. Antibiotic prophylaxis regimens and drugs for cesarean section. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue 2. Art. No.: CD001136. DOI: 10.1002/ 14651858.CD001136.
28. Costantine MM, Rahman M, Ghulmiyah L et al. Timing of perioperative antibiotics for cesarean delivery: a metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 2008; 199:301e1-301e6.
29. Haas DM, Morgan Al, Darei S, Contreras K. Vaginal preparation with antiseptic solution before cesarean section for preventing postoperative infections. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 3. Art. No.: CD007892. DOI: 10.1002/14651858.CD007892.pub2.
30. Dunn TS, Forshner D, Stamm C. Foley catheterization in the postoperative patient. Obstet Gynecol 2000; 95: S30.
31. Joel-Cohen S. Abdominal and vaginal hysterectomy: new techniques based on time and motion studies. London: William Heinemann Medical Books; 1977.
32. Mathai M, Hofmeyr GJ. Abdominal surgical incisions for caesarean section. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD004453. DOI: 10.1002/ 14651858. CD004453.pub2.
33. Magann EF, Chauhan SP, Bufkin L, Field K, Roberts WE, Martin JN Jr. Intraoperative haemorrhage by blunt versus sharp expansion of the uterine incisión at caesarean delivery: a randomised clinical trial. BJOG 2002; 109(4): 448-52.
34. Rodríguez Al, Porter KB, O'Brien WF. Blunt versus sharp expansion of the uterine incision in low-segment transverse cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1994; 171:1022-1025.
35. Walsh CA. Evidence-based cesarean technique. Current Opin Obstet Gynecol 2010; 22: 110-115.

36. Dodd JM, Anderson ER, Gates S. Surgical techniques for uterine incision and uterine closure at the time of caesarean section. The Cochrane Database System Review 2008, Art. No.: CD004732.
37. Currea-Guerrero S. La adaptación neonatal inmediata. Bogotá: Unibiblos; 2004:19-32.
38. Hutton EK, Hassan ES. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. JAMA 2007;297(11): 1241-1252.
39. Baksu A, Kalan A, Ozkan A, Baksu B, Tekelioğlu M, Goker N. The effect of placental removal method and site of uterine repair on postcesarean endometritis and operative blood loss. Acta Obstet Gynecol Scand 2005; 84(3): 266-269.
40. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. Caesarean section Clinical Guideline; 2004.
41. Dodd JM, Anderson ER, Gates S. Surgical techniques for uterine incision and uterine closure at the time of caesarean section. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3. Art. No.: CD004732. DOI: 10.1002/14651858. CD004732.pub2.
42. Chapman SJ, Owen J, Haut JC. One- versus Two-layer closure of a low transverse Cesarean: The next pregnancy. Obstet Gynecol 1997; 89: 16-18.
43. Walsh CA, Walsh SR. Extraabdominal vs intraabdominal uterine repair at cesarean delivery: a metaanalysis, *Am J Obstet Gynecol. 2009;* 200(6): 625e1- 8.
44. Cheong YC, Premkumar G, Metwally M et al. To close or not to close? A systematic review and a meta-analysis of peritoneal nonclosure and adhesion formation after caesarean section, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2009*; 147: 3-8.
45. Walsh CA. Evidence-based cesarean technique. Current Opin Obstet Gynecol 2010; 22: 110-115.

46. Bamigboye AA, Hofmeyr GJ. Closure versus non-closure of the peritoneum at caesarean section. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. No.: CD000163. DOI: 10.1002/ 14651858.CD000163.
47. Chelmow D, Huang E, Strohbehn K. Closure of the subcutaneous dead space and wound disruption after Cesarean delivery, *J Matern Fetal Neonatal Med 2002*; 11: 403-408.
48. Naef RW, Ray MA, Chauhan SP, Roach H et al. Trial of labor after cesarean delivery with a lower-segment, vertical uterine incision: Is it safe?, Am J Obstet Gynecol1995; 172: 1666-1674.
49. Schutterman EB, Grimes DA. Comparative safety of the low transverse versus the low vertical uterine incision for cesarean delivery of breech infants. Obstet Gynecol 1983; 61: 593.
50. Holmgren G, Sjoholm L, Stark M. The Misgav Ladach method for cesarean section: method description. Acta Obstet Gynecol Scandinavica 1999; 78: 615-621.
51. Sjohölm L, Holmgren G. Caesarean section. The Misgav-Ladach Method. News on Health care in Developing Countries 1995; 9(3): 4-14.
52. Stark M, Chavkin Y, Kupfersztain C, Guedj P, Finkel AR. Evaluation of combinations of procedures in cesarean section. Int J Gynecol Obstet 1995; 48(3): 273-276.
53. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Prophylaxis of Venous Thromboembolism. A National clinical guideline. SIGN Guideline 2002; (2).
54. Ma Llauger, J.; Mujer, (no) parirás con dolor. Publicado en el Diari de Girona, el 30 de Septiembre de 2007. Disponible en: http://www.sabiduriaaplicada.com/articulo_mujer-no-pariras-con-dolor.html
55. Ureña, E.; Nacimientos por cesáreas aumentan a 70 por ciento en clínicas privadas de RD. 2012. Disponible en: http://www.maoentrerios.com/2012/11/nacimientos-por-cesareas-aumentan-70-en.html.
56. Besio R Mauricio. Cesárea versus parto vaginal.: Una perspectiva ética. Rev. méd. Chile. 1999 Sep; 127(9): 1121-1125.

XII. ANEXOS.

XII.1. Cronograma

Actividades	Tiempo: 2013 – 2014	
Selección del tema	2013	Noviembre
Búsqueda de referencias		Diciembre
Elaboración del anteproyecto		Diciembre
Sometimiento y aprobación	2014	Enero
Revisión expedientes clínicos		
Tabulación y análisis de la información		Febrero
Redacción del informe		
Revisión del informe		Marzo
Encuadernación		Abril-junio
Presentación		Junio

XII.2. Instrumento de recolección de datos

Cuestionario

El motivo de éste cuestionario es conocer la vía de desembarazo y sus razones (preferida en sus propios embarazos) en gineco-obstetras dominicanas.

Especialidad médica (especifique):_____

I. Edad ___ (En años)s

II. Ud. pertenece a alguna religión?

Católica ___

Cristiana ___

Evangélica ___

Testigo de Jehová ___

Atea ___

Otra (especifica) _____

III. ¿Cuál es la vía preferida de desembarazo?

Vaginal _____

Cesárea_____

IV. Motivo de elección de la vía de desembarazo:

Es natural ___ Temor a dolor ___

Estética ____ Complicaciones inmediatas maternas___

Comodidad (fecha programada) __ Complicaciones inmediatas neonatales__

Temor a prolapso genital ___ Histerectomía obstétrica ___

Temor a disfunción sexual ___ Esterilización simultánea___

Tiempo de estadía hospitalaria___ Tiempo de recuperación___

Otros (Especifica) _____

Gracias por su colaboración.

Los datos o información otorgados son confidenciales y sólo serán utilizados para fines estadísticos de la tesis de grado.

XII.3. Formulario de consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL PREDRO HENRIQUEZ URENA (UNPHU)

ESCUELA DE MEDICINA

PREFERENCIA DE VIA DE DESEMBARAZO EN GINECOOBSTETRAS DOMINICANAS QUE ESTÁN EN SU PERIODO DE REPRODUCCIÓN

PROPOSITO:

Usted ha sido invitado a participar en un estudio que investiga la vía de desembarazo en gineco-obstetras dominicanas que están en su periodo de reproducción.

PROCEDIMIENTO:

SI Ud. Acepta participar de ésta investigación le haremos varias preguntas relacionadas con los embarazos de los últimos cinco años.

RIESGOS:

Completar el cuestionario no conlleva ningún riesgo.

BENEFICIOS:

Colaborar y aportar información tanto a las madres como a la sociedad.

Cualquier pregunta sobre la investigación puede ser dirigida a las estudiantes Mariela Blas Bondarchuk, y/o Yuko Wakasugi al teléfono 809-804-2312.

He leído la información suministrada comprendido y aceptado.

--- ---

Firma del entrevistado Fecha

XII.4. Costos y recursos

XII.4.1. Humanos			
Dos sustentante Dos asesores (metodológico y teorico)			
XII.4.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 ½ x 11)	3 resmas	120	360.00
Papel Mistique	3 resmas	80.00	240.00
Bolígrafos	2 Unidad	10.00	20.00
Computador Hardware:			
Presentación:			
Proyector	1 unidades	2,500.00	2,500.00
Cartuchos Epson stylus 440	2 unidades	1600.00	3,200.00
XII.4.3. Información			
Adquisición de libros Revistas Referencias (ver listado de referencias)			
XII.4.4. Económicos			
Papelería(copias)	1000 copias	00.75	750.00
Encuadernación	10 informes	250.00	3,000.00
Transporte			4,000.00
Imprevistos			2,000.00
Total			$ 16,070.00

XII.5. Evaluación trabajo de grado

Sustentante

_____ _____

Yuko Wakasugi Mariela Blas Bondarchuk

Asesores

_____ _____

Dr. Plinio Cabrera (Clínico) Rubén Darío Pimentel (Metodológico)

Jurado

_____ _____

_____

Autoridades:

_____ _____

Dr. Eduardo García
Director de Escuela de Medicina

Dr. José Asilis Zaiter
Decano Facultad de Ciencias de la Salud

Fecha de presentación: _____

Calificación: _____