

11217<sup>29</sup>  
2ej



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA  
GONZALEZ"

“ESTRATEGIA ALTERNATIVA PARA LA  
DISMINUCION EN EL INDICE DE  
CESAREAS; APOYO PSICO-EMOCIONAL  
DURANTE EL TRABAJO DE PARTO”

T E S I S  
QUE PARA LA OBTENCION DEL TITULO  
COMO ESPECIALISTA EN:  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A:

DR. CARLOS CONTRERAS BREHERTON



267340

MEXICO, D. F.

1998

TEJIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

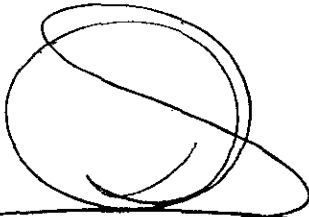
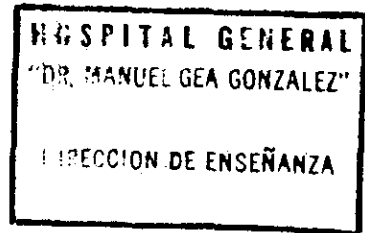
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

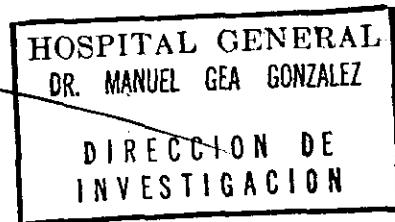
**AUTORIZACIONES:**



Dr. Hector Villarreal Velarde.  
Director de Enseñanza .



Dra. Dolores Saavedra Ontiveros.  
Directora de Investigación .



Dr. Enrique Garcia Lara .  
Subdirector de GinecoObstetricia .  
Profesor Titular del Curso de  
Especialización en Gineco-Obstetricia .

## **COLABORADORES :**

**Investigador Principal :**

Dr. Carlos Contreras Bretherton  
Médico Residente de G.O.

**Investigador Responsable :**

Dr. Hugo B. Martínez Ayala.  
Jefe del Depto. de Obstetricia.

**Investigadores Asociados :**

Dr. Enrique Garcia Lara.  
Subdirector de GinecoObstetricia.

Dra. Ma. Teresa Velasco Jimenez.  
Jefe del Depto. de Enseñanza.

EPP. Guadalupe Trueba.  
Coordinación del Diplomado de  
Educacion Perinatal.

## AGRADECIMIENTOS:

**A mis padres,** Carlos y Enriqueta, que me han proporcionado de manera incondicional las bases fundamentales para lograr mis metas tanto profesionales como personales; y a mis hermanas, Carla y Queta, por continuar la unión familiar en casa.

**A mi esposa** Alejandra, por ser la compañera cariñosa y fiel. Dios me ha dado la oportunidad de encontrarla para crecer a la par y compartir nuestros logros y metas.

**A mis compañeros médicos** residentes y adscritos, por brindarme su amistad y colaboración para que este estudio se llevara a cabo.

**A Lupita Trueba y demás "doulas"** por esas largas horas de trabajo en la Unidad TocoQuirúrgica brindando todo su apoyo a las pacientes en trabajo de parto y durante la atención del mismo.

## ANTECEDENTES:

En los últimos 25 años, se ha observado un incremento en el índice de cesáreas, encontrando en la literatura americana un aumento del 4.5 al 23.8 %, aunado a una morbilidad de 5 veces mayor en comparación con el parto vaginal, además de un promedio mayor de días en la estancia intra-hospitalaria de la paciente.

El rango de cesáreas ha alcanzado el 25% y ha empezado a disminuir parcialmente, ya que la meta establecida para el año 2000 en los Estados Unidos es del rango del 15%, con un 12% para las intervenciones primarias y el 3% restante para cesáreas subsecuentes, sin embargo en un estudio realizado en la Universidad de California se indica que para el año 2000 se espera que crezca el número de cesáreas hasta en un 34%, lo que puede explicarse en parte por el incremento actual en el número de mujeres que previamente se les había realizado una cesárea, principalmente por:

- |                         |       |     |
|-------------------------|-------|-----|
| 1. Cesárea previa       | 35 %  |     |
| 2. Distocia             | 30.4% |     |
| 3. Presentación pélvica | 11.7% |     |
| 4. Sufrimiento fetal    | 9.2%  | 2,3 |

O'Driscoll y Meagher en su libro " Manejo Activo del Trabajo de Parto " en 1980, describen un método de cuidado obstétrico que reduce significativamente la incidencia de cesáreas, con 2 componentes principales: intervención agresiva obstétrica con ruptura precoz de membranas y conducción del trabajo de parto con oxitocina y atención "uno a uno" para cada mujer en sala de labor.

La duración del trabajo de parto comprende 3 periodos, a saber:

**1er Periodo**, que incluye: a) Fase latente; que abarca desde el inicio de las modificaciones cervicales hasta llegar a los 4 centímetros de dilatación y b) Fase activa; que va de los 4 cms hasta la dilatación y borramiento completo del cérvix.

**2º Periodo** ("Expulsivo") inicia con la dilatación y borramiento completo cervical hasta la expulsión del producto.

**3er Periodo** que va desde la expulsión del producto hasta el alumbramiento placentario.

En una paciente primigesta se menciona que la duración del trabajo de parto es de 24 horas (+/- 4 hrs). <sup>4</sup>

Marshall H. Klaus en varias investigaciones ha reportado que cuando las pacientes tenían una compañía con ellas a lo largo del trabajo de parto, hubo un decremento en la necesidad de conducción con oxitocina, menor número de cesáreas y disminución en el número de productos que requirieron cuidados intensivos neonatales.

Wiutch y cols señalaron la importancia del dolor y la ansiedad durante el trabajo de parto latente, en donde se observó que las mujeres con niveles altos al dolor y con pensamientos relacionados al stress, esta fase fue más prolongada, en comparación con aquellas mujeres que refirieron "dolor tolerable". Las primeras requirieron cesárea más frecuentemente ya que se reportó un 68.4% vs 29.6% en las primeras. <sup>6</sup>

Lederman y cols, además reportan que los niveles altos de epinefrina durante el trabajo de parto, se correlacionan con un pobre progreso del mismo y que tal vez la atención dada por el personal apropiado estimula a la paciente a cooperar mejor.<sup>7</sup>

En fecha reciente; enero de 1995, se publicó en la Norma Oficial Mexicana con respecto a "La atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, mencionando el rubro con respecto al índice de cesáreas:

...Toda unidad con atención obstétrica debe de contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda que sea del 15% en hospitales de II nivel y del 20% en los de III nivel, en relación con el total de nacimientos".<sup>8</sup>

### **MARCO DE REFERENCIA :**

Se ha demostrado que el apoyo social humano puede ser de gran beneficio para las mujeres durante el trabajo de parto, ya que en un estudio comparativo, se observó una duración significativamente más corta del trabajo de parto con menos complicaciones perinatales, menor índice de cesáreas y también disminuyó el uso de oxitocina para la conducción del trabajo de parto.

Este estudio fue realizado inicialmente en Guatemala mediante la continua presencia de una persona como compañía de apoyo (Doula), por lo que después se realizó otro estudio igual, por el mismo autor; en un hospital de Estados Unidos, donde se observó disminución en el rango de cesárea de un 8% en el grupo de apoyo continuo, contra un 18% en el grupo control, por lo que sugiere este estudio que los efectos benéficos del apoyo emocional durante el trabajo de parto subrayan la necesidad de una revisión de las prácticas obstétricas actuales.<sup>9</sup>

El apoyo emocional durante el trabajo de parto ha sido ofrecido por una gran diversidad de personas, incluyendo a los padres, personal médico hospitalario, personal entrenado en el trabajo de parto (Doula) e inclusive amigos, sin embargo la comparación de los hallazgos mostró que el apoyo dado por el personal femenino entrenado, que no eran necesariamente allegados a la paciente, tuvo efectos positivos más consistentes y extensos en los resultados tanto obstétricos como psicosociales. Estos resultados del apoyo de la Doula son más impresionantes cuando son considerados en conjunto los resultados metodológicos con los obstétricos.<sup>10</sup>

Otro estudio realizado en la Universidad de Wisconsin muestra resultados iguales a los anteriormente mencionados, concluyéndose que la evidencia continúa acumulándose para confirmar la proposición de que la duración del trabajo de parto es afectada tanto por factores biológicos como ambientales.<sup>11</sup>

Nolan describe en su trabajo la función de la Doula, definiéndola como una mujer sin experiencia médica que guía y asiste a una mujer embarazada durante su trabajo de parto y en los cuidados neonatales. Su papel es abrazar a la paciente, respirar con ella, sonreírle y proveerle aliento y motivación. El apoyo de la Doula, puede reducir los niveles de

Lederman y cols, además reportan que los niveles altos de epinefrina durante el trabajo de parto, se correlacionan con un pobre progreso del mismo y que tal vez la atención dada por el personal apropiado estimula a la paciente a cooperar mejor. <sup>7</sup>

En fecha reciente; enero de 1995, se publicó en la Norma Oficial Mexicana con respecto a "La atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, mencionando el rubro con respecto al índice de cesáreas:

...Toda unidad con atención obstétrica debe de contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda que sea del 15% en hospitales de II nivel y del 20% en los de III nivel, en relación con el total de nacimientos". <sup>8</sup>

### **MARCO DE REFERENCIA :**

Se ha demostrado que el apoyo social humano puede ser de gran beneficio para las mujeres durante el trabajo de parto, ya que en un estudio comparativo, se observó una duración significativamente más corta del trabajo de parto con menos complicaciones perinatales, menor índice de cesáreas y también disminuyó el uso de oxitocina para la conducción del trabajo de parto.

Este estudio fue realizado inicialmente en Guatemala mediante la continua presencia de una persona como compañía de apoyo (Doula), por lo que después se realizó otro estudio igual, por el mismo autor; en un hospital de Estados Unidos, donde se observó disminución en el rango de cesárea de un 8% en el grupo de apoyo continuo, contra un 18% en el grupo control, por lo que sugiere este estudio que los efectos benéficos del apoyo emocional durante el trabajo de parto subrayan la necesidad de una revisión de las prácticas obstétricas actuales. <sup>9</sup>

El apoyo emocional durante el trabajo de parto ha sido ofrecido por una gran diversidad de personas, incluyendo a los padres, personal médico hospitalario, personal entrenado en el trabajo de parto (Doula) e inclusive amigos, sin embargo la comparación de los hallazgos mostró que el apoyo dado por el personal femenino entrenado, que no eran necesariamente allegados a la paciente, tuvo efectos positivos más consistentes y extensos en los resultados tanto obstétricos como psicosociales. Estos resultados del apoyo de la Doula son más impresionantes cuando son considerados en conjunto los resultados metodológicos con los obstétricos. <sup>10</sup>

Otro estudio realizado en la Universidad de Wisconsin muestra resultados iguales a los anteriormente mencionados, concluyéndose que la evidencia continúa acumulándose para confirmar la proposición de que la duración del trabajo de parto es afectada tanto por factores biológicos como ambientales. <sup>11</sup>

Nolan describe en su trabajo la función de la Doula, definiéndola como una mujer sin experiencia médica que guía y asiste a una mujer embarazada durante su trabajo de parto y en los cuidados neonatales. Su papel es abrazar a la paciente, respirar con ella, sonreírle y proveerle aliento y motivación. El apoyo de la Doula, puede reducir los niveles de



catecolaminas, lo que acorta la duración del trabajo de parto, incrementa la autoestima de la paciente y facilita su transición hacia la maternidad.

Los rangos de conducción con oxitocina, la necesidad de analgesia obstétrica y el índice de cesáreas pueden ser reducidos mediante el apoyo de la Doula. Por tanto, la introducción de las Doulas dentro de la sala de labor podría reducir importantemente los costos para los servicios de Obstetricia.<sup>12</sup>

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :**

¿ Es el apoyo emocional proporcionado por la Doula durante el trabajo de parto, un factor condicionante para la disminución en el índice de cesáreas ?

### **JUSTIFICACION :**

Mediante este estudio se trata de buscar una opción en el manejo de la paciente embarazada durante el trabajo de parto para lograr disminuir el porcentaje de cesáreas, de un 26% actual en este hospital hasta una cifra ideal del 14%, con lo cual disminuirá la morbimortalidad materno-infantil, su estancia intrahospitalaria y costos correspondientes; además de cumplir con la Norma Oficial Mexicana anteriormente mencionada.

### **OBJETIVO :**

Evaluar la eficacia del apoyo emocional proporcionado durante el trabajo de parto, a fin de reducir el índice de cesáreas .

### **HIPOTESIS :**

Si el apoyo emocional proporcionado a la paciente durante el trabajo de parto reeditúa en una mejor autoestima reduciendo el estado de stress por el cual atravieza ésta hacia la Maternidad y logra con ello una disminución en la liberación de catecolaminas, un mejor riego sanguíneo útero-placentario, acortamiento en la duración del trabajo de parto y un menor uso de analgesia obstétrica, entonces el apoyo emocional reducirá el índice de cesáreas por sufrimiento fetal.

catecolaminas, lo que acorta la duración del trabajo de parto, incrementa la autoestima de la paciente y facilita su transición hacia la maternidad.

Los rangos de conducción con oxitocina, la necesidad de analgesia obstétrica y el índice de cesáreas pueden ser reducidos mediante el apoyo de la Doula. Por tanto, la introducción de las Doulas dentro de la sala de labor podría reducir *importantemente* los costos para los servicios de Obstetricia.<sup>12</sup>

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :**

¿ Es el apoyo emocional proporcionado por la Doula durante el trabajo de parto, un factor condicionante para la disminución en el índice de cesáreas ?

### **JUSTIFICACION :**

Mediante este estudio se trata de buscar una opción en el manejo de la paciente embarazada durante el trabajo de parto para lograr disminuir el porcentaje de cesáreas, de un 26% actual en este hospital hasta una cifra ideal del 14%, con lo cual disminuirá la morbimortalidad materno-infantil, su estancia intrahospitalaria y costos correspondientes; además de cumplir con la Norma Oficial Mexicana anteriormente mencionada.

### **OBJETIVO :**

Evaluar la eficacia del apoyo emocional proporcionado durante el trabajo de parto, a fin de reducir el índice de cesáreas .

### **HIPOTESIS :**

Si el apoyo emocional proporcionado a la paciente durante el trabajo de parto reditúa en una mejor autoestima reduciendo el estado de stress por el cual atravieza ésta hacia la Maternidad y logra con ello una disminución en la liberación de catecolaminas, un mejor riego sanguíneo útero-placentario, acortamiento en la duración del trabajo de parto y un menor uso de analgesia obstétrica, entonces el apoyo emocional reducirá el índice de cesáreas por sufrimiento fetal.

catecolaminas, lo que acorta la duración del trabajo de parto, incrementa la autoestima de la paciente y facilita su transición hacia la maternidad.

Los rangos de conducción con oxitocina, la necesidad de analgesia obstétrica y el índice de cesáreas pueden ser reducidos mediante el apoyo de la Doula. Por tanto, la introducción de las Doulas dentro de la sala de labor podría reducir importantemente los costos para los servicios de Obstetricia. <sup>12</sup>

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :**

¿ Es el apoyo emocional proporcionado por la Doula durante el trabajo de parto, un factor condicionante para la disminución en el índice de cesáreas ?

### **JUSTIFICACION :**

Mediante este estudio se trata de buscar una opción en el manejo de la paciente embarazada durante el trabajo de parto para lograr disminuir el porcentaje de cesáreas, de un 26% actual en este hospital hasta una cifra ideal del 14%, con lo cual disminuirá la morbilidad materno-infantil, su estancia intrahospitalaria y costos correspondientes; además de cumplir con la Norma Oficial Mexicana anteriormente mencionada.

### **OBJETIVO :**

Evaluar la eficacia del apoyo emocional proporcionado durante el trabajo de parto, a fin de reducir el índice de cesáreas .

### **HIPOTESIS :**

Si el apoyo emocional proporcionado a la paciente durante el trabajo de parto reditúa en una mejor autoestima reduciendo el estado de stress por el cual atravieza ésta hacia la Maternidad y logra con ello una disminución en la liberación de catecolaminas, un mejor riego sanguíneo útero-placentario, acortamiento en la duración del trabajo de parto y un menor uso de analgesia obstétrica, entonces el apoyo emocional reducirá el índice de cesáreas por sufrimiento fetal.

catecolaminas, lo que acorta la duración del trabajo de parto, incrementa la autoestima de la paciente y facilita su transición hacia la maternidad.

Los rangos de conducción con oxitocina, la necesidad de analgesia obstétrica y el índice de cesáreas pueden ser reducidos mediante el apoyo de la Doula. Por tanto, la introducción de las Doulas dentro de la sala de labor podría reducir importantemente los costos para los servicios de Obstetricia.<sup>12</sup>

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :**

¿ Es el apoyo emocional proporcionado por la Doula durante el trabajo de parto, un factor condicionante para la disminución en el índice de cesáreas ?

### **JUSTIFICACION :**

Mediante este estudio se trata de buscar una opción en el manejo de la paciente embarazada durante el trabajo de parto para lograr disminuir el porcentaje de cesáreas, de un 26% actual en este hospital hasta una cifra ideal del 14%, con lo cual disminuirá la morbimortalidad materno-infantil, su estancia intrahospitalaria y costos correspondientes; además de cumplir con la Norma Oficial Mexicana anteriormente mencionada.

### **OBJETIVO :**

*Evaluar la eficacia del apoyo emocional proporcionado durante el trabajo de parto, a fin de reducir el índice de cesáreas .*

### **HIPOTESIS :**

Si el apoyo emocional proporcionado a la paciente durante el trabajo de parto reeditúa en una mejor autoestima reduciendo el estado de stress por el cual atravieza ésta hacia la Maternidad y logra con ello una disminución en la liberación de catecolaminas, un mejor riego sanguíneo útero-placentario, acortamiento en la duración del trabajo de parto y un menor uso de analgesia obstétrica, entonces el apoyo emocional reducirá el índice de cesáreas por sufrimiento fetal.

## **DISEÑO :**

El presente estudio reúne las siguientes características :

- Comparativo
- Abierto
- Experimental
- Prospectivo
- Transversal

## **MATERIAL Y METODO :**

- **UNIVERSO DE ESTUDIO :** Pacientes embarazadas que ingresen al servicio de la Unidad Toco-Quirúrgica (U.T.Q.) del Hospital General “ Dr. Manuel Gea González ”.
- **TAMAÑO DE LA MUESTRA :** Dos grupos de 50 pacientes cada uno; ya que se calculó considerando 68.4% para el grupo control y 29.6% para el grupo experimental, al 95% de potencia y un nivel alfa de 0.05, siendo el grupo A los controles y el grupo B los casos intervenidos a los cuales se les proporcionará el apoyo emocional; siendo asignada de manera aleatoria su pertenencia a uno u otro grupo.
- **CRITERIOS DE SELECCION :**
  - A) **DE INCLUSION :** Pacientes con embarazo a término, únicamente nulíparas sin cirugía uterina previa, en fase latente de trabajo de parto con 3 o más centímetros de dilatación cervical, con pélvis útil para parto vaginal, clínicamente sanas.
  - B) **DE EXCLUSION :** Pacientes con embarazo pre-término, con alguna enfermedad sistémica, indicación obstétrica para cesárea, embarazo de alto riesgo.
  - C) **DE ELIMINACION :** Pacientes que no acepten participar en el presente estudio.
- **VARIABLES :**
  - A) **INDEPENDIENTES :** Edad
    - Nivel socioeconómico
    - Estado Civil
    - Religión
    - Lugar de Origen y Residencia
    - Escolaridad

## **DISEÑO :**

El presente estudio reúne las siguientes características :

- Comparativo
- Abierto
- Experimental
- Prospectivo
- Transversal

## **MATERIAL Y METODO :**

- **UNIVERSO DE ESTUDIO :** Pacientes embarazadas que ingresen al servicio de la Unidad Toco-Quirúrgica (U.T.Q.) del Hospital General " Dr. Manuel Gea González ".
- **TAMAÑO DE LA MUESTRA :** Dos grupos de 50 pacientes cada uno; ya que se calculó considerando 68.4% para el grupo control y 29.6% para el grupo experimental, al 95% de potencia y un nivel alfa de 0.05, siendo el grupo A los controles y el grupo B los casos intervenidos a los cuales se les proporcionará el apoyo emocional; siendo asignada de manera aleatoria su pertenencia a uno u otro grupo.
- **CRITERIOS DE SELECCION :**
  - A) **DE INCLUSION :** Pacientes con embarazo a término, únicamente nulíparas sin cirugía uterina previa, en fase latente de trabajo de parto con 3 o más centímetros de dilatación cervical, con pélvis útil para parto vaginal, clínicamente sanas.
  - B) **DE EXCLUSION :** Pacientes con embarazo pre-término, con alguna enfermedad sistémica, indicación obstétrica para cesárea, embarazo de alto riesgo.
  - C) **DE ELIMINACION :** Pacientes que no acepten participar en el presente estudio.
- **VARIABLES :**
  - A) **INDEPENDIENTES :** Edad  
Nivel socioeconómico  
Estado Civil  
Religión  
Lugar de Origen y Residencia  
Escolaridad

B) **DEPENDIENTES :** Control Prenatal  
Bienestar fetal  
Experiencia de la Doula  
Semanas de Gestación

• **PARAMETROS DE MEDICION :**

- A) **CESAREA :** Es la interrupción del embarazo por vía abdominal. (Realización :Si / No)
- B) **ANALGESIA OBSTETRICA :** Es aquella obtenida con la administración de lidocaína al 2% a nivel local o regional ( Aplicación : Si / No)
- C) **DURACION DEL TRABAJO DE PARTO :** Se medirá en tiempo ( Horas y minutos).

**PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE LA INFORMACION :**

Se valorará a toda paciente que ingrese al servicio de Urgencias de Gineco-Obstetricia que reúna los criterios de inclusión a este estudio, y una vez que se les haya explicado las características del mismo y que acepte ser parte de él, se solicitará su consentimiento por escrito a aquellas pacientes que sean del grupo experimental. (Anexo 2 )

A su arribo a la Unidad Toco-Quirúrgica le será designada la Doula correspondiente, quien permanecerá junto a ella a lo largo de todo el trabajo de parto y atención del mismo, brindándole el apoyo emocional.

El médico responsable del presente estudio recabará la información del grupo experimental y del grupo control, vaciándolos en la hoja de datos correspondientes. (Anexo 1)

**CRONOGRAMA :**

ACTIVIDADES :	MESES
A) Revisión Bibliográfica	1
B) Elaboración del Protocolo	1
C) Captura de la Información	12
D) Procesamiento y análisis de los datos	2
E) Elaboración de informe técnico final	1
F) Divulgación de Resultados	1

## **RECURSOS :**

- **HUMANOS :**

1. **Dr. Hugo B. Martínez A.-** Coordinación de las actividades realizadas en la U.T.Q. a lo largo del estudio.
2. **Dr. Carlos Contreras B.-** Recopilación diaria y procesamiento de los datos obtenidos en la hoja correspondiente a ambos grupos del estudio.
3. **Dra. Ma. Teresa Velasco J.-** Encargada del enlace interinstitucional con el personal participante por parte de éste hospital y el correspondiente del Diplomado en Educación Perinatal de la Universidad Anáhuac.
4. **Dr. Enrique García Lara.-** Evaluación de los resultados obtenidos durante el presente estudio.
5. **Coordinadoras y estudiantes del Diplomado en Educación Perinatal** quienes fungirán como Doulas.
6. **Personal médico a cargo de la UTQ** quienes monitorizarán y vigilarán el seguimiento del trabajo de parto de las pacientes incluidas en este estudio.

- **MATERIALES :**

1. Servicio de Urgencias de Gineco-Obstetricia
2. Unidad Toco-Quirúrgica
3. Toco-cardiógrafo
4. Hojas de captura de datos.

- **FINANCIEROS :**

1. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

## **CONSIDERACIONES ETICAS :**

"Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título segundo, Capítulo 1º. Artículo 17, Fracción II : Investigación con Riesgo Mínimo. Capítulo IV, Artículos 43, 48 y 49".



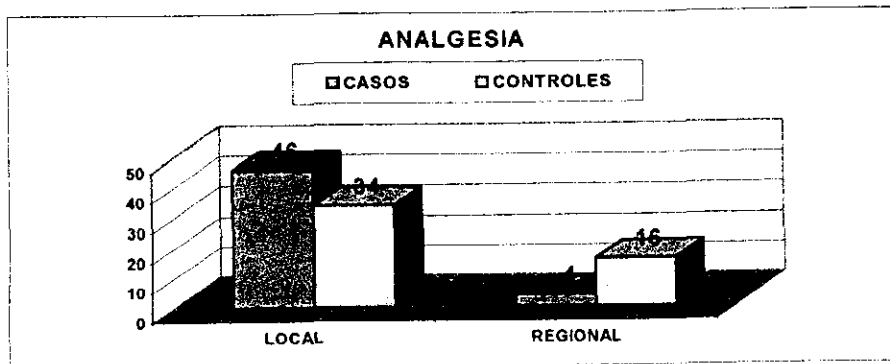
## RESULTADOS :

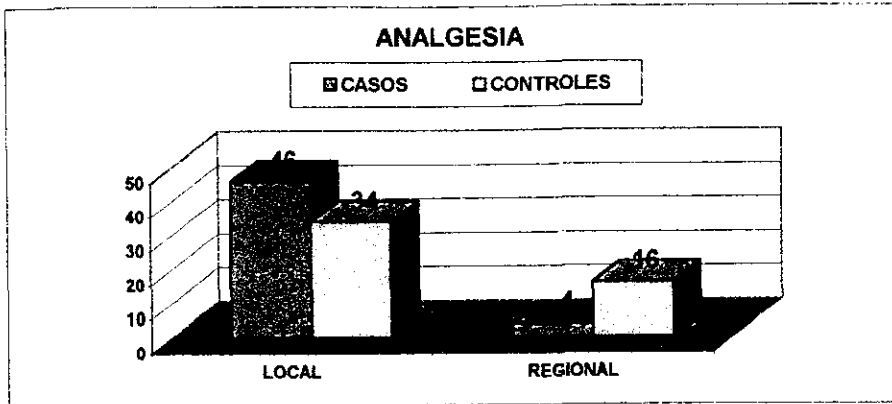
	GPO.EXPERIMENTAL	GPO. CONTROL	P =
EDAD	19.54(+/-3.62)	20.28(+/-3.6)	0.308
EDO. CIVIL			
Solteras	13	19	
U. Libre	21	14	
Casadas	16	16	
Divorciadas	0	1	
RELIGION CATOLICA	47	48	
ESCOLARIDAD ( años)	8.3(+/-2.95)	8.32(+/-2.45)	>0.8
ORIGINARIAS D.F.	33	36	
RESIDENTES D.F.	48	48	
CONTROL PRENATAL	40	45	0.263
SEMANAS DE GESTACION	39.4(+/-1.0)	39.4(+/-1.2)	1.0
USO DE OXITOCINA	21	48	< 0.001
PARTO EUTOCICO	47	36	
PARTO CON FORCEPS	2	2	
CESAREA	1	12	0.003
ANALGESIA REGIONAL(BPD)	4	16	0.006
DURACION T. PARTO(horas)	14:51(+/-5:36)	19:38(+/-7:50)	< 0.001
ESTANCIA INTRA-HOSP.(horas)	26:15(+/-7:55)	33:36(+/-20:14)	0.020

### VALIDACION DE DATOS :

Por ser un estudio comparativo, se utilizaron herramientas estadísticas tales como :

1. la Chi cuadrada para las variables nominales.
2. la T de Student para las variables de intervalo.





#### DISCUSION :

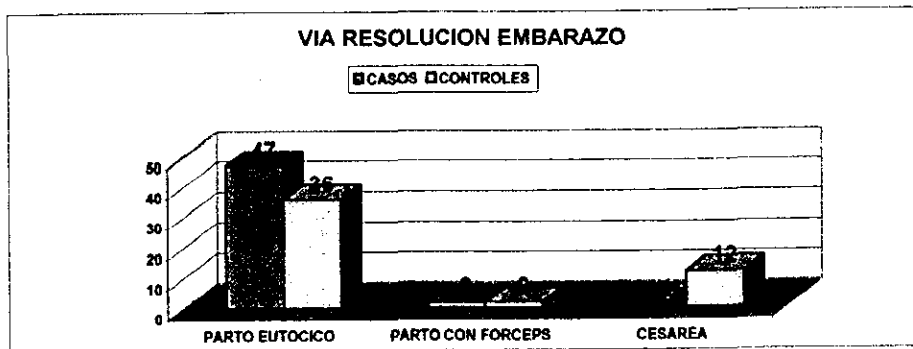
Como se puede observar, en este estudio no hubo diferencia significativa en la edad de las pacientes, su escolaridad, estado civil, lugar de origen y/o residencia, control prenatal o las semanas de gestación. Llama la atención que sí hubo diferencia estadísticamente significativa en el grupo experimental que recibió el apoyo emocional por parte de las "Doulas" en lo que respecta al acortamiento en la duración del trabajo de parto ( $p < 0.001$ ), menor uso de oxitocina ( $p < 0.001$ ), de analgesia ( $p = 0.006$ ), menor realización de cesáreas ( $p = 0.003$ ) y la correspondiente menor estancia intra-hospitalaria ( $p = 0.020$ ) lo que viene a corroborar los resultados reportados por el Dr. Marshall H. Klaus en sus diferentes estudios realizados en Guatemala y en los Estados Unidos, sin embargo él reporta una incidencia del 8% para las pacientes intervenidas contra un 18% de las pacientes controles, a diferencia de un 2% el grupo experimental contra un 24% de los controles reportados en este estudio.

En el grupo control, las indicaciones para la aplicación de fórceps fué por un periodo expulsivo prolongado en una paciente y en la otra debido falta de cooperación por fatiga materna. De las 12 cesáreas realizadas en este grupo, 7 fueron indicadas por sufrimiento fetal agudo, 3 por periodo expulsivo prolongado y 2 por falta de progresión del trabajo de parto.

En el grupo experimental, las indicaciones para aplicación de fórceps en una paciente fué de manera profiláctica a criterio del médico adscrito en turno y en la otra fué por periodo expulsivo prolongado. La única cesárea realizada en este grupo fue debido a baja reserva cardiaca fetal.

Cabe mencionar otra variable dependiente, no inicialmente tomada en cuenta en este estudio, es la aceptación de un método de planificación familiar post-parto inmediato, como es la colocación del Dispositivo IntraUterino, que aunque no fue estadísticamente significativo, hubo una ligera mayor aceptación entre las pacientes que recibieron este apoyo emocional, que pudiera deberse a que al disminuir su stress en el paso hacia la Maternidad, tomen más conciencia en cuanto a su futuro obstétrico mediato.

Finalmente, se observa una experiencia más agradable y menos estresante en el grupo de casos, que quedaron muy agradecidas con sus respectivas Doulas que las acompañaron a lo largo de su trabajo de parto y atención del mismo.

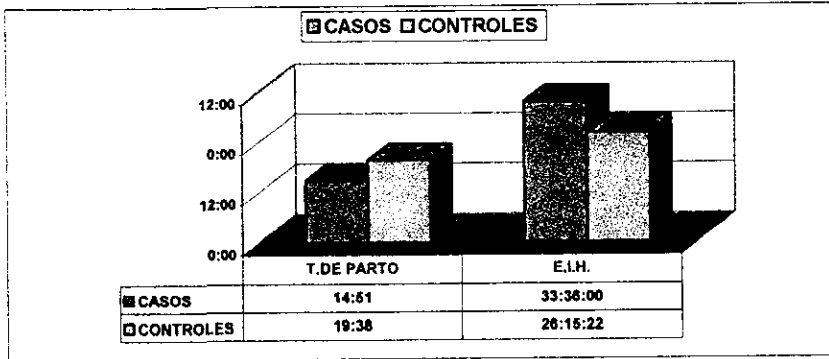


## CONCLUSIONES :

Con el apoyo emocional se logró en este estudio :

1. Disminución en la duración del trabajo de parto.
2. Menor uso de Oxitocina durante el trabajo de parto.
3. Menor uso de analgesia obstétrica.
4. Disminuir el índice de cesáreas.
5. Disminuir la estancia intra-hospitalaria de las pacientes.
6. Aumentar la autoestima de las pacientes en su paso hacia la Maternidad.
7. Lograr una mejor aceptación de un método de planificación familiar post-parto inmediato.

\* El Trabajo de Parto y la Estancia Intra-Hospitalaria (E.I.H) están reportados en horas y minutos



#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS :

1. SUPPORTIVE NURSE-MIDWIFE CARE IS ASSOCIATED WITH A REDUCED INCIDENCE OF CESAREAN SECTION. Butler-J; Abrams-B; Parker-J; Roberts-JM; Laros RK Jr. Am-J-Obstet-Gynecol. 1993 May; 168 (5): 1407-13.
2. CESAREAN BIRTH : HOW TO REDUCE THE RATE. Richard H. Paul, MD and David A: Miller, MD. Am-J-Obstet-Gynecol. 1995; 172: 1903-11 .
3. TENDENCIA ACTUAL EN EL USO DE LA CESAREA EN CALIFORNIA. Sttaford RS ( Univ. de California, USA) West J. Med 153: 511-14, 1990 .
4. THE ACTIVE MANAGEMENT OF LABOR. O`Driscoll K, Meagher D. London: WB Sanders, 1980 .
5. CONTINUOUS EMOTIONAL SUPPORT DURING LABOR IN A UNITED STATES HOSPITAL: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. JAMA 1991; 265 : 2197-201.

6. THE CLINICAL SIGNIFICANCE OF PAIN AND COGNITIVE ACTIVITY IN LATENT LABOR. Wuitchik M, Bakal DS, Lipshitz J. *Obstet Gynecol.* 1989; 73:35-42
7. THE RELATIONSHIP OF MATERIAL ANXIETY, PLASMA CATHECOLAMINES AND PLASMA CORTISOL TO PROGRESS IN LABOR. Lederman R, Lederman E, Work D, Mc Cann D. *Am-J-Obstet-Gynecol* 1978; 132 : 495-9
8. DIARIO OFICIAL DEL VIERNES 6 DE ENERO DE 1995.
9. EFFECTS OF SOCIAL SUPPORT DURING PARTURITION ON MATERNAL AND INFANT MORBIDITY. Marshall H: Klaus, John H. Kenell, Steven S: Robertson; Roberto Sosa. *British Medical Journal* 1986; 293 : 585-87 .
10. SOCIAL SUPPORT IN LABOR – A SELECTIVE REVIEW .Chalmers-B, Wolman-W. *J-Psychosom-Obstet-Gynecol.* 1993, Mar, 14 (1) : 1 – 15 .
11. SOCIAL SUPPORT DURING LABOR AND DURATION OF LABOR : A COMMUNITY-BASED STUDY. Pascoe-JM. *Public Health Nurs* 1993 Jun; 10 (2): 97-99.
12. SUPPORTING WOMEN IN LABOUR : THE DOULA 'S ROLE. Nolan-M . *Mod-Midwife* 1995 Mar; 5 (3) : 12-5 .
13. THE EFFECT OF A SUPPORTIVE COMPANION ON PERINATAL PROBLEMS, LENGTH OF LABOR AND MOTHER-INFANT INTERACT. Sosa R, Kennell JH, Robertson S, and Urrutia J. *New England Journal of Medicine.* 1980; 303: 597-600.
14. EFFECT OF FEAR ON UTERINE MOTILITY. Kelly-J. *Am-J-Obstet-Gynecol* 1962; 83: 572.
15. DEBATE : POSITIONS FOR SECOND STAGE. Roberts-J, Von Lier-D. *Childbirth Educator* 1984; 3: 3.
16. PREPARING PARENTS FOR SECOND STAGE. Simkin-P. *Birth: Issues in prenatal care and education.* 192; 9: 229.
17. AN ALTERNATIVE DELIVERY POSITION. Hauleland-I. *Am-J-Obstet-Gynecol.* 1981; 141: 115 .

ANEXO 1

**SUBDIRECCION DE GINECOOBSTETRICIA .  
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA .  
“ PROTOCOLO DE APOYO EMOCIONAL EN EL TRABAJO DE PARTO ”**

DOULA ( SI ) ( NO )

FOLIO \_\_\_\_\_ REGISTRO \_\_\_\_\_ INGRESO (Fecha y Hora) \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

EDO. CIVIL \_\_\_\_\_ RELIGION \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

LUGAR DE ORIGEN \_\_\_\_\_ LUGAR DE RESIDENCIA \_\_\_\_\_

CONTROL PRENATAL (Si) (No) LUGAR \_\_\_\_\_ N° CONSULTAS \_\_\_\_\_

DX INTEGRAL \_\_\_\_\_

DILATACION \_\_\_\_\_ cms BORRAMIENTO \_\_\_\_\_ % PRESENTACION ( Cef ) ( Pelvico)

ALTURA PRESENTACION (L) (A) (E) MEMBRANAS (Integras) (Rotas) Hora \_\_\_\_\_

PELVIS \_\_\_\_\_ CONDUCCION (Si) (No) T.T.C.G. \_\_\_\_\_

ANALGESIA (Si) (No) (Local) (Regional) PARTO ( Eutocico ) ( Distócico ) \_\_\_\_\_

CESAREA (Indicación) \_\_\_\_\_ FORCEPS (Indicación) \_\_\_\_\_

VIGILANCIA T.P. \_\_\_\_\_ OBSTETRA \_\_\_\_\_ PEDIATRA \_\_\_\_\_

INCIO DE T.P. (Fecha y Hora) \_\_\_\_\_ NACIMIENTO (Fecha y Hora) \_\_\_\_\_

SEXO (Masc) (Fem) PESO \_\_\_\_\_ grs APGAR \_\_\_\_\_ SA \_\_\_\_\_ MC \_\_\_\_\_

P.F. (Si) (No) \_\_\_\_\_ HAB. COMPARTIDA (Si) (No) \_\_\_\_\_

EGRESO ( Fecha y Hora ) \_\_\_\_\_

PROLONGACION ESTANCIA (Madre) (Hijo) Causa \_\_\_\_\_

COMPLICACIONES ANTEPARTO \_\_\_\_\_

INTRAPARTO \_\_\_\_\_

POSTPARTO \_\_\_\_\_

PROTOCOLO DE INVESTIGACION:

“ ESTRATEGIA ALTERNATIVA PARA LA DISMINUCION EN EL INDICE DE CESAREAS : APOYO EMOCIONAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO ”.

*A QUIEN CORRESPONDA :*

*Hago constar que se me han explicado las características de este protocolo, que consiste en el apoyo emocional por parte de otra mujer a lo largo de mi trabajo de parto y atención del mismo, manifestando mi conformidad ante lo sugerido, por lo que acepto pertenecer a este grupo de estudio.*

*México, D.F. a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 199 \_\_\_\_\_ .*

*Firma de la Paciente o de la Persona Responsable :*

---