



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA NÚMERO 4
LUIS CASTELAZO AYALA

**Resultados perinatales en pacientes atendidas con el modelo de parto amigable
versus atención obstétrica tradicional**

**Tesis para obtener el grado de especialista en
Ginecología y Obstetricia**

Presenta

Dra. Anyel Dayana Chaucanes Mora

Tutor

Dr. Armando Alberto Moreno Santillán



CIUDAD DE MÉXICO

FEBRERO 2021



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.

ÍNDICE

Carta de aceptación de tesis.....	3
Dedicatoria.....	4
Resumen.....	5
Summary.....	6
Antecedentes.....	7
Planteamiento del problema.....	13
Justificación.....	14
Objetivos.....	15
Pregunta de investigación.....	16
Hipótesis.....	16
Material y métodos.....	17
Análisis estadístico.....	19
Definición de variables.....	19
Consideraciones éticas.....	22
Organización de la investigación.....	23
Resultados	24
Discusión.....	26
Conclusiones.....	27
Bibliografía.....	28
Tablas.....	31
Anexos.....	33

**UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA
“LUIS CASTELAZO AYALA”
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS**

Por medio de la presente, informamos que la Dra. Anyel Dayana Chaucanes Mora residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, ha concluido la escritura de su tesis: “Resultados perinatales en pacientes atendidas con el modelo de parto amigable versus atención obstétrica tradicional” con número de registro del proyecto R-2020-3606-041, por lo que otorgamos la autorización para la presentación y defensa de la misma.

Dr. Oscar Moreno Álvarez

Director General

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, “Luis Castelazo Ayala”

Dr. Juan Carlos Martínez Chequer

Director de Educación e Investigación en Salud

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, “Luis Castelazo Ayala”

Dr. Sebastián Carranza Lira

Jefe de la División de Investigación en Salud

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, “Luis Castelazo Ayala”

Dr. Armando Alberto Moreno Santillán

Asesor

Médico adscrito a la Unidad de Toco-cirugía

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, “Luis Castelazo Ayala”

DEDICATORIA

Mi agradecimiento profundo a todas las personas que han hecho posible la culminación de este largo camino de aprendizaje en la especialidad de Ginecología y Obstetricia, agradezco a mi familia por el impulso diario para llegar al sitio en el que me encuentro, por ser un ejemplo de superación y constancia, animándome siempre a vencer los obstáculos, por permanecer en mi vida y comprender mi ausencia en estos años.

A Luis Fernando, por animarme a iniciar, continuar y finalizar este proceso, por ser mi compañero e impulsarme a ser una mejor persona y profesional.

Un sincero gracias a mi tutor el Dr. Armando Alberto Moreno Santillán por su entrega, orientación y ayuda para la realización de esta tesis. A mis maestros y amigos; por el apoyo ilimitado en estos años, por brindarme las herramientas para formarme como especialista.

Anyel Dayana Chaucanes Mora

RESUMEN

Título. Resultados perinatales en pacientes atendidas con el modelo de parto amigable versus atención obstétrica tradicional.

Antecedentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reportado que la atención del trabajo del parto y puerperio debe regirse por principios de la medicina basada en las evidencias, lo que permitirá disminución de la morbilidad perinatal y mejorar la satisfacción materna.

Objetivo. Comparar los resultados obstétricos y perinatales en pacientes atendidas bajo el modelo amigable, y en aquellas en las que se les brindó atención de manera tradicional.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional, retrolectivo, comparativo y transversal, se incluyeron 100 mujeres cuyo trabajo de parto fue atendido en el servicio de tococirugía de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No.4 "Luis Castelazo Ayala". Se distribuyeron en dos grupos, según el tipo de atención, 50 en atención amigable y 50 en atención tradicional. Para el análisis bivariado se empleó la prueba de chi cuadrada para las variables cualitativas dicotómicas y la t de Student para las cuantitativas.

Resultados. En el grupo de atención obstétrica amigable, durante la atención durante el primer periodo del trabajo de parto, se observaron diferencias significativas en lo referente a ingesta de líquidos, adopción de libre postura, deambulación, uso rutinario de oxitocina y amniotomía rutinaria, y durante el segundo periodo del trabajo de parto, se observó menor riesgo de expulsivo prolongado. No se observaron diferencias en lo referente a duración del trabajo de parto o complicaciones maternas y/o fetales.

Conclusiones. La atención obstétrica amigable se asoció a la disminución del riesgo de expulsivo prolongado, lo que indirectamente implica una disminución de las complicaciones asociadas durante el parto. Además, no se observó riesgo de mayor duración del trabajo de parto o de complicaciones maternas o fetales.

Palabras clave. Trabajo de parto, atención obstétrica amigable, oxitocina.

SUMMARY

Title. Perinatal outcomes in patients treated with the friendly delivery model versus traditional obstetric care.

Background. The World Health Organization (WHO) has reported that labor and puerperium care should be governed by principles of evidence-based medicine, which will allow a decrease in perinatal morbidity and mortality and improve maternal satisfaction.

Objective. To compare the perinatal results in patients treated under the friendly model, and in those in whom care was provided in a traditional obstetric care.

Material and methods. An observational, retrospective, comparative and cross-sectional study was conducted, which included 100 women whose labor was attended in the High Specialty Unit Obstetrics and Gynecology Hospital "Luis Castelazo Ayala". They were divided into two groups, according to the type of care received, 50 in friendly care and 50 in traditional care. For the bivariate analysis, the chi-square test was used for dichotomous qualitative variables and Student's t test for quantitative variables.

Results. In the friendly obstetric care group, during care during the first period of labor, significant differences were observed in terms of fluid intake, free posture, ambulation, routine use of oxytocin and routine amniotomy, and during second period of labor, a lower risk of prolonged delivery was observed. No differences were observed in terms of duration of labor or maternal and / or fetal complications.

Conclusions. Friendly obstetric care was associated with a decrease in the risk of prolonged labor, which indirectly implies a decrease in associated complications during delivery. Furthermore, there was no risk of longer duration of labor or of maternal or fetal complications

Keywords: labor, friendly care, oxytocin.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

El arte es parte de todas las estructuras de la sociedad, y la obstetricia no es la excepción, pues con pinturas relativas a la fertilidad, figuras, estatuillas en piedra representativas de mujeres embarazadas o en el acto de parir, son las más antiguas representaciones anteriores a la escritura en las que podemos tener alguna información, como la encontrada en excavaciones en Turquía central de 6500-7500 a.C; el parto en épocas remotas ocurría en forma solitaria, sin ayuda; esto ya fue descrito en Grecia cuando Homero en un verso del himno a Apolo relata el cuadro típico del parto solitario. En la edad Media, renacieron las artes, las ciencias y también la Obstetricia; aparecieron los textos para la atención de mujeres embarazadas por comadronas. En 1513 el médico germano Eucharius Röslin, confeccionó el libro “El Jardín Rosa” convirtiéndose en el texto más popular sobre el arte de atender partos hasta el Siglo XVII. En México, en la época prehispánica, se consideraba un proceso divino; en el periodo novohispano estuvo principalmente en manos de las parteras; en el periodo virreinal la mujer adoptaba la posición sentada, en el siglo XIX se puso en práctica la posición de litotomía.¹

En 1905, se fundó el Hospital General, así como otros hospitales y maternidades, lo que dio lugar, a que en 1925 se incorporaran recomendaciones de los reportes científicos de la literatura médica norteamericana y francesa, sentándose las bases para la obstetricia moderna en México, en donde el médico vuelve a tomar un papel fundamental en los cuidados del trabajo de parto, aplicando técnicas basadas en la ciencia.¹

Se trata de reconocer que el nacimiento es un proceso natural con significados culturales y sociales, que son fundamentales para la calidad y la seguridad de la atención de las mujeres, por lo que debe caracterizarse por concebir al embarazo, parto y puerperio como parte de un proceso fisiológico, natural y saludable, la atención debe ser humanizada, segura, sin violencia y sin sobremedicalización, basada en la mejor evidencia científica disponible. La preocupación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por este tema, llevó a emitir diez principios para el cuidado del embarazo y parto, y a desarrollar materiales educativos para facilitar su implementación.²

- No ser medicalizado, realizando el mínimo de intervenciones que sean necesarias.

- Reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja, cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún superiores.
- Basarse en las evidencias científicas.
- Regionalizarse y desarrollar un sistema eficiente de referencias de centros de atención primaria a niveles de cuidado secundario y terciario.
- Incluir la participación multidisciplinaria de profesionales de la salud tales como parteras, especialistas en obstetricia, neonatología, enfermería, en ciencias sociales, educación del parto y maternidad.
- Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños/as y familias y no solamente un cuidado biológico.
- Centrarse en las familias y dirigirse hacia las necesidades tanto de la mujer y su hijo/a como de su pareja.
- Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
- Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
- Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.²

La promoción del parto normal implica un equilibrio entre la no intervención y el uso juicioso de tecnologías que respalden resultados seguros tanto para la madre como para el feto. Por lo que el apoyo continuo durante el trabajo de parto puede mejorar los resultados incluyendo el aumento del parto vaginal espontáneo, menor duración del trabajo de parto, disminución del número de cesáreas, disminución del parto vaginal instrumental, el uso de cualquier analgesia y sentimientos negativos sobre las experiencias del parto.³

Por lo anterior es necesario que el personal de salud base su práctica clínica en la atención del trabajo de parto y parto con procedimientos con la mejor evidencia científica actual, entre las que destacan:

Postura durante el trabajo de parto. Los hallazgos de revisiones sugieren varios beneficios posibles para la postura erguida en mujeres sin analgesia epidural, cuando se disponga de datos metodológicamente estrictos se debe permitir a las mujeres que elijan

las posiciones en las que desearían asumir el nacimiento de sus bebés, se debe informar a las mujeres sobre los beneficios del posicionamiento vertical en el trabajo de parto, alentarlas y ayudarlas a asumir las posiciones que les resulten más cómodas.⁴

Analgesia obstétrica. La analgesia epidural es una técnica de bloqueo nerviosa usada para el alivio del dolor en el trabajo de parto; la evidencia muestra que puede ser más efectiva para reducir el dolor durante el trabajo de parto y aumentar la satisfacción materna con el alivio del dolor que los métodos no epidurales. Actualmente no hay evidencia que demuestre un aumento en el parto vaginal asistido, incremento en número de cesáreas o dolor lumbar a largo plazo, y no parece tener efecto sobre el estado neonatal determinado por los puntajes de Apgar.⁵ Por lo que en ausencia de una contraindicación médica, la solicitud materna es una indicación médica suficiente para el alivio del dolor durante el trabajo de parto.⁶

Cabe destacar que se debe incluir la analgesia obstétrica temprana (dilatación cervical ≥ 1 cm) la cual no aumenta el porcentaje de cesáreas.⁷ Además se ha visto que la duración de la segunda etapa del trabajo de parto y la tasa de parto vaginal espontáneo es similar entre los grupos de pacientes con analgesia epidural en comparación con placebo.⁸

Episiotomía. La episiotomía es un procedimiento obstétrico común, se estima que es realizado en el 25% de los partos vaginales en los Estados Unidos, el National Quality Forum reconoció en 2008 que limitar la episiotomía de rutina es una medida importante de calidad y seguridad del paciente.⁹

Cuando se planea realizarla se debe explicar a la mujer el procedimiento a efectuar, y ella lo debe consentir antes de su realización; no está indicado aconsejar un parto por cesárea para la prevención primaria de la incontinencia urinaria o anal posnatal.¹⁰ En caso de necesidad de su realización se prefiere la episiotomía mediolateral a la episiotomía de la línea media debido a la asociación de esta con mayor riesgo de lesión del esfínter anal.¹¹

Un metaanálisis de ocho ensayos aleatorios (5,541 mujeres) encontró que las prácticas restrictivas (tasa de episiotomía del 28%) fueron asociado con un menor riesgo de trauma perineal severo (RR,0,67; IC 95%, 0,49 a 0,91), traumatismo perineal posterior (RR, 0,88;

IC del 95%, 0,84 a 0,92) en comparación con los pacientes en el grupo de estudio de episiotomía de rutina (tasa de episiotomía del 75%).¹² Para las mujeres donde se anticipó un parto vaginal sin asistencia, la episiotomía selectiva puede provocar un 30% menos de traumas perineales y/o vaginales graves, la episiotomía selectiva y la rutinaria tienen poco o ningún efecto en el puntaje de Apgar inferior a 7 a los cinco minutos, hay poca o ninguna diferencia en la infección perineal, dispareunia e incontinencia urinaria a largo plazo; las revisiones demuestran que creer que la episiotomía de rutina reduce el trauma perineal y vaginal no está justificado por la evidencia actual.¹³

No restricción de vía oral. Históricamente, la ingesta de alimentos ha sido restringida durante el trabajo de parto por temor a aspiración durante posible anestesia general en caso de cesárea de urgencia, actualmente menos del 15% de las cesáreas de emergencia y menos del 5% de las planeadas se deben realizarse con anestesia general.¹⁴ Restringir la ingesta oral, no tiene un efecto significativo en las tasas de cesárea o parto vaginal asistido.¹⁵

Se realizó un metaanálisis de 10 ensayos controlados aleatorizados en el que se incluyeron a 3.982 mujeres en trabajo de parto; únicos y de bajo riesgo con una política de ingesta de alimentos menos restrictiva, asociándose con una duración del trabajo de parto significativamente más corta, con una diferencia media de 16 minutos, (intervalo de confianza [IC] del 95%, -25 a -7), no se observaron otros resultados perinatales adversos; la regurgitación durante la anestesia general y el síndrome de Mendelson no se produjo en ninguno de los grupos.¹⁶ La mayoría de los expertos están de acuerdo en que la ingesta de líquidos claros durante el parto no aumenta las complicaciones maternas.¹⁷

Uso de infusión de oxitocina. La primera etapa del parto se divide en una fase latente y una fase activa, durante la fase latente se recomienda que no se realice amniotomía de forma rutinaria y que no se use oxitocina sistemáticamente. El uso generalizado de oxitocina durante el parto espontáneo no debe considerarse simplemente como otra prescripción inofensiva, sin posibles consecuencias perjudiciales para la madre o el feto; las condiciones para administrar oxitocina deben respetar los protocolos, las indicaciones y el consentimiento del paciente informando además de los efectos adversos maternos como la hiperestimulación uterina, la ruptura uterina, la hemorragia posparto, y los efectos adversos neonatales, como anomalías de la frecuencia cardíaca fetal asociadas con

hiperestimulación uterina. El uso de oxitocina se recomienda para corregir la falta de progresión en dilatación cervical por dos horas una vez alcanzado 7 cm de dilatación, sin superar un máximo de infusión de 20mUI/min.¹⁸

No hay evidencia científica que justifique la administración de alimentos sólidos, las técnicas de relajación y acupuntura; con el único propósito de limitar el uso de oxitocina durante el parto, ya que pocas de las intervenciones estudiadas parecen modular el recurso a la oxitocina cuando su uso tiene una indicación precisa.¹⁹

La interrupción de la infusión de oxitocina en la fase activa del parto puede mejorar algunos resultados, pero tiene la desventaja de aumentar la duración de la fase activa del parto. La incidencia de anomalías de la frecuencia cardíaca fetal (51% versus 20%) y la hiperestimulación uterina (12% versus 2%) fue significativamente mayor en el grupo de oxitocina continua, la tasa de hemorragia postparto fue más alta (9.1% vs 3.5%; $P = 0.014$) si los intervalos de aumento de oxitocina fueron más cortos que 20 minutos en comparación con los intervalos ≥ 20 minutos.²⁰ La tasa de problemas neonatales adversos, definida por el pH arterial al nacer ≤ 7.10 y/o puntajes de Apgar ≤ 7 los 5 minutos, fue mayor si los intervalos de aumento de oxitocina fueron <20 minutos (12.1% vs 4.3%; $P = 0.002$).²¹

El impacto en el estrés oxidativo en recién nacidos con trabajo de parto inducido con oxitocina aumenta los marcadores de estrés pero no afecta los puntajes de Apgar al minuto y 5 minutos, actualmente se necesitan estudios prospectivos en cohortes más grandes para comprender mejor el impacto del trabajo de parto inducido por oxitocina en mujeres embarazadas y neonatos, por lo que se recomienda el no uso sistemático de oxitocina durante el seguimiento del trabajo de parto de manera rutinaria sin una indicación precisa.^{22, 23}

Amniotomía. La amniotomía es una intervención común en el trabajo de parto y puede ser utilizada para facilitar la progresión del mismo, sola o en combinación con oxitocina, sin embargo, su realización de forma electiva sin una indicación específica ha sido cuestionada, una revisión Cochrane de 15 estudios encontró que en el trabajo de parto espontáneo, no acortó la duración ni disminuyó la incidencia de partos por cesárea. Un metaanálisis de 14 ensayos encontró que la amniotomía en conjunto con oxitocina se

asocia con modesta reducción en la duración de la primera etapa del parto (media diferencia, 1.11 horas; IC 95%, 21.82 a 20.41) y una reducción moderada en las tasas de cesárea en comparación con manejo expectante (RR, 0.87; IC 95%, 0.77– 0.99). En general, las mujeres con trabajo de parto espontáneo, con adecuada progresión y sin evidencia de compromiso fetal, no es necesario realizar una amniotomía de rutina.²⁴

Maniobra de Kristeller. Una revisión Cochrane con nueve ensayos controlados aleatorizados que incluyeron 3.948 mujeres, cinco estudios (que incluyeron 3.057 mujeres) analizaron la presión manual del fondo uterino frente a ninguna presión y no se encontró evidencia que haya hecho alguna diferencia en cuanto al número de partos vaginales, instrumentados o cesárea, el número de fetos que tuvieron un pH bajo de la arteria umbilical, o puntuaciones de Apgar bajas, fue el mismo, independientemente que a su madre se le aplicara o no presión en el fondo uterino y el grado de satisfacción fue menor. Actualmente, no hay evidencia suficiente para el uso sistemático de la presión del fondo uterino por cualquier método en las mujeres en periodo expulsivo del trabajo de parto, por lo cual no se recomienda su realización.²⁵ Vale la pena destacar que realizar presión manual del fondo uterino implica un riesgo extremadamente alto de sanciones legales, incluyendo cargos de "violencia obstétrica".²⁶

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio requiere de un enfoque humanizado, libre de violencia y sin medicalización innecesaria, respetando la autonomía de las mujeres, garantizando sus derechos y respetando los aspectos socioculturales. La medicina basada en evidencias es un movimiento mundial de mejora de la calidad de la atención médica, el concepto de medicina basado en evidencias se refiere a la medicina en la que las decisiones corresponden a un uso racional, explícito, juicioso y actualizado de los mejores datos, objetivos con fundamentos científicos, aplicados al tratamiento de cada paciente.

Las recomendaciones de la OMS y algunas metaanálisis de estudios controlados, han señalado y concluido que el cuidado materno con apoyo tecnológico inapropiado continúa siendo practicado en todo el mundo y no cuentan con evidencias de resultados positivos. Por lo que, todas nuestras acciones durante la atención del trabajo de parto y parto deben enfocarse con evidencias sólidas sobre su beneficio para la madre y su hijo, las cuales reducen los resultados adversos del nacimiento. Por lo anterior, se consideró importante comparar los resultados perinatales en la atención amigable del trabajo de parto y parto en pacientes sin parto o cesárea previa versus la atención tradicional.

JUSTIFICACIÓN

En la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No.4 “Luis Castelazo Ayala”, se presta atención obstétrica especializada a pacientes embarazadas tanto de alto como de bajo riesgo; el parto es un evento fisiológico cuyo objetivo es culminar con una madre y recién nacido sano, es por ello que a lo largo de la historia de la medicina se han producido grandes cambios en el desarrollo de prácticas para inducir, acelerar o monitorizar el parto y con ello mejorar los resultados para la madre y su recién nacido, en las últimas décadas se han desarrollado investigaciones sobre el efecto que tiene el tipo de atención médica sobre los resultados perinatales a través de la medicina basada en evidencias, dando recomendaciones sobre prácticas innecesarias que deben ser abandonadas por el personal de salud, con base en la evidencia científica actual, se consideró validar si se obtienen mejores resultados perinatales con el trato amigable del trabajo de parto y parto vs el manejo obstétrico tradicional.

OBJETIVOS

Objetivo general

Comparar los resultados perinatales en pacientes que recibieron atención obstétrica amigable versus pacientes con atención obstétrica tradicional.

Objetivos específicos

1. Determinar y comparar las complicaciones maternas durante la atención obstétrica amigable versus la atención tradicional.
2. Determinar y comparar la necesidad de parto instrumentado durante la atención obstétrica amigable versus la atención tradicional.
3. Determinar y comparar la necesidad de cesárea de urgencia durante la atención obstétrica amigable versus la atención tradicional.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las diferencias referentes al resultado perinatal, al comparar el modelo de atención amigable versus la atención obstétrica tradicional?

HIPÓTESIS

H0: Los resultados perinatales (complicaciones maternas, fetales y necesidad de parto instrumentado) en la atención obstétrica amigable son iguales en comparación a la atención tradicional.

H1: Los resultados perinatales (complicaciones maternas, fetales y necesidad de parto instrumentado) en la atención obstétrica amigable son menores en comparación a la atención tradicional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Observacional, retrolectivo, comparativo y transversal.

Universo de estudio y muestra

Se incluyeron 100 mujeres que recibieron atención del parto único de término (semanas 37 a 41 semanas de gestación) en la unidad de toco-cirugía de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No.4 "Luis Castelazo Ayala", entre los meses de enero a diciembre de 2019. La cohorte de estudio se dividió en dos grupos:

- Grupo A. Pacientes con atención obstétrica amigable, se incluyeron a 50 mujeres.
- Grupo B. Pacientes con atención obstétrica tradicional, se incluyeron a 50 mujeres.

Criterios de selección

Criterios de inclusión.

Pacientes sin comorbilidades que cursaron embarazo único de término (entre las 37 y 41 semanas de gestación), y que recibieron atención de parto en la unidad toco-quirúrgica de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No.4 "Luis Castelazo Ayala".

Criterios de exclusión

- Enfermedades maternas.
- Embarazo múltiple.
- Enfermedades fetales.
- Nacimiento programado por cesárea.
- Edad gestacional menor de 37 semanas y mayor de 41 semanas.
- Que el nacimiento haya sido fuera de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No.4 "Luis Castelazo Ayala".

Criterios de eliminación.

- Cuando no se completen los datos de la hoja de captura.

Periodo de estudio

El periodo de estudio será del 1º de enero al 31 de diciembre del 2019.

Tipo de investigación

Clínica.

Procedimiento para la recolección de datos.

Se procedió a la revisión de expedientes clínicos de pacientes que ingresaron a la unidad de toco-cirugía de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No.4 "Luis Castelazo Ayala", para la atención y vigilancia del trabajo de parto. Se verificó que cuenten con los criterios de inclusión y carezcan de los de exclusión. Se procedió a asignar a cada paciente a un grupo de estudio, dependiendo del tipo de atención obstétrica que recibió, la cual se describe a continuación:

Pacientes con atención obstétrica amigable (grupo A). Pacientes que durante su estancia en la unidad de toco-cirugía (vigilancia del trabajo de parto):

- Pudieron deambular, adoptar libremente la posición de su elección e ingerir líquidos claros a libre demanda.
- No se les administró oxitocina de modo rutinario.
- No se les realizó amniorrexis rutinaria.
- No se les administró analgesia obstétrica rutinaria.
- No se les realizó sondeo vesical ni rasurado púbico.

Y que durante la atención del parto:

- No se les realizó episiotomía de rutina.
- No se les realizó maniobra de Kristeller.
- No se les realizó revisión manual de cavidad uterina.

A las pacientes que no cumplan con uno o más de los criterios previamente descritos, se les asignó al grupo B, correspondiente a atención obstétrica tradicional.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se procedió a la revisión de expedientes clínicos y las variables del estudio fueron recolectados en la hoja de recolección para su análisis. Se describieron las características de la atención obstétrica y los nacimientos tomando en cuenta los criterios de inclusión y no inclusión. Se reportó la información utilizando medidas de tendencia central y dispersión, expresándolos mediante media y desviación estándar.

Para el análisis estadístico de las variables cuantitativas con distribución normal se empleó la prueba de T de Student, y para las de libre distribución se empleó la U de Mann Whitney. Para las variables cualitativas se empleó la prueba estadísticas de Chi cuadrada. Se consideró una asociación significativa cuando el valor de la p sea menor o igual a 0.05. Se presentó la información en tablas y gráficas.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

● DEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Complicaciones neonatales	Presencia de complicaciones neonatales presentes tales como: sepsis, enterocolitis necrotizante, morbilidad metabólica, dificultad respiratoria, trauma obstétrico.	Nominal dicotómica	Presente / ausente
Complicaciones maternas	Presencia de complicaciones maternas tales como: hemorragia obstétrica, sepsis, desgarros perineales, reintervención.	Nominal dicotómica	Presente / ausente

● INDEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo en años de vida de un individuo desde su nacimiento.	Cuantitativa	Años
Gestas	Número total de embarazos que ha tenido una mujer.	Cuantitativa	Número cardinal
Partos	Número de nacimiento por vía vaginal.	Cuantitativa	Número cardinal
Abortos	Número de pérdidas de la gestación antes de las 22 semanas o con productos con peso menor a 500g.	Cuantitativa	Número cardinal
Cesáreas	Número de nacimientos por vía abdominal.	Cuantitativa	Número cardinal
Semanas de gestación	Tiempo en semanas de un embarazo.	Cuantitativa	Semanas con días
Forma de nacimiento	<p>1. Parto eutócico espontaneo: Nacimiento por vía vaginal cuyo trabajo de parto se desencadenó de manera espontánea</p> <p>2. Cesárea de urgencia: Nacimiento por vía abdominal cuya indicación es una condición obstétrica que amerite interrupción de la gestación en ese momento, sin acuerdo previo</p> <p>3. Parto intrumentado: nacimiento vaginal que se lleva a cabo con la utilización de fórceps, espátulas o ventosas.</p>	Nominal cualitativa	Parto eutócico espontáneo. Cesárea de Urgencia. Parto instrumentado.
Realización de episiotomía	Realización de una incisión quirúrgica en el periné femenino, con la finalidad de ampliar el canal del parto.	Nominal	Si / No

Realización de maniobra de Kristeller	Maniobra que consisten en realizar presión manual del fondo uterino con el objetivo de ayudar al descenso fetal por el canal del parto.	Nominal	Si / No
Tiempo de expulsivo	Tiempo que media entre la dilatación y borramiento completo del cuello uterino y el nacimiento del feto.	Cuantitativa	Horas
Complicaciones maternas	Presencia de complicaciones maternas.	Nominal	Presente / ausente
Membranas amnióticas al ingreso	Continuidad de las membranas amnióticas al ingreso.	Nominal	Integras / rotas
Amniotomía	La amniotomía es la rotura artificial de las membranas amnióticas, realizada digitalmente o a través de instrumentos denominados amniótomos.	Nominal	Si / No
Conducción del trabajo de parto con oxitocina	Infusión intravenosa de oxitocina con el objetivo de estimular el útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones.	Nominal	Si / No
Analgesia obstétrica	Técnica de bloqueo nerviosa usada para el alivio del dolor en el trabajo de parto.	Nominal	Si / No
Ingesta de líquidos	Permitir la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto.	Nominal	Si / No
Deambulación durante el trabajo de parto	No restricción de la deambulación durante el trabajo de parto.	Nominal	Si / No

CONSIDERACIONES ÉTICAS

1. El investigador garantiza, que este estudio tuvo apego a la legislación y reglamentación de la Ley General de salud en materia de investigación para la Salud, lo que brinda mayor protección a los sujetos del estudio.

2. De acuerdo al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, este proyecto se consideró como investigación sin riesgo ya que únicamente se consultaron registros del expediente clínico y electrónico.

3. Los procedimientos de este estudio se apegaron a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud y se llevó a cabo en plena conformidad con los siguientes principios de la “Declaración de Helsinki” (y sus enmiendas en Tokio, Venecia, Hong Kong y Sudáfrica) donde el investigador garantiza que:

a. Se realizó una búsqueda minuciosa de la literatura científica sobre el tema a realizar.

b. Este protocolo fue sometido a evaluación y aprobado por el Comité de Ética en Investigación y el Comité Local de Investigación en Salud de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No.4 “Luis Castelazo Ayala” del Instituto Mexicano del Seguro Social.

c. Debido a que para el desarrollo de este proyecto únicamente se consultaron registros del expediente clínico y electrónico, y no se registraron los datos confidenciales que permitan la identificación de las participantes, **no se requirió carta de consentimiento informado.**

d. Este protocolo fue realizado por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un equipo de médicos clínicamente competentes y certificados en su especialidad.

e. Este protocolo guardó la confidencialidad de las personas.

4. Se respetaron cabalmente los principios contenidos en el Código de Nuremberg y el Informe Belmont.

ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El protocolo fue sometido al Comité de Ética en Investigación y al Comité Local de Investigación en Salud de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No.4 "Luis Castelazo Ayala". Una vez aprobado, se realizó en 6 meses. Tres meses para la recolección de datos y tres meses para realizar el análisis estadístico y elaborar el reporte que tiene como resultado final la presentación de esta tesis.

Programa de trabajo

El estudio se llevó a cabo en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No.4 "Luis Castelazo Ayala".

Recursos humanos

- Dr. Armando Moreno Santillán.
Médico adscrito al servicio de obstetricia
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No.4 "Luis Castelazo Ayala"
- Dra. Anyel Dayana Chaucanes Mora
Residente de cuarto año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No.4 "Luis Castelazo Ayala"

Recursos materiales

1. Material de oficina (hojas, lápices, plumas).
2. Equipo de cómputo e impresora.

Financiamiento del proyecto

No se contó con ningún patrocinio. El estudio fue cubierto en su totalidad por los investigadores.

RESULTADOS

Características generales.

Las características generales referentes a las 100 pacientes incluidas en el presente estudio son una media de edad de 24.6 ± 5.13 años, peso 69.6 ± 11.9 kilogramos, talla 1.57 ± 0.06 metros e IMC de 27.9 ± 3.98 . Respecto a las variables obstétricas, todas las pacientes fueron primíparas, e iniciaron trabajo de parto de modo espontáneo. A su ingreso a sala de labor se encontraron con una media de dilatación de 5.68 ± 1.29 centímetros, borramiento de $75\% \pm 9.37$ y 60 pacientes tuvieron el amnios íntegro. Las características por cada grupo de estudio se presentan en la tabla 1.

Factores asociados a la atención de parto

Al comparar las principales variables obstétricas derivadas de la atención materna durante el primer periodo del trabajo de parto, en el grupo de atención obstétrica amigable, se observaron diferencias significativas referentes a la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto, adopción de libre postura, deambulación, uso rutinario de oxitocina, aminotomía rutinaria. Adicionalmente, al analizar la atención durante el segundo periodo del trabajo de parto, se observó diferencia significativa en lo referente a la presencia de expulsivo prolongado. No se observaron diferencias significativas al comparar la vía de resolución del embarazo, realización de episiotomía, duración del primer periodo del trabajo de parto, apego inmediato, pinzamiento tardío del cordón umbilical y analgesia obstétrica. Tabla 2.

En ninguna paciente, de ambos grupos de estudio, fue necesario instrumentar el parto (por vacuum o fórceps) y tampoco se realizó maniobra de Kristeller.

Complicaciones maternas y fetales

Dentro de las pacientes que presentaron complicaciones maternas el 33.3% (n=7) presentó hemorragia obstétrica por atonía uterina, al 38% (n=8) se le realizó cesárea y en el 14.2% (n=3) se reportaron desgarros perineales. En el 36.3% (n=4) de las pacientes que recibieron atención amigable presentaron hemorragia uterina por atonía uterina, se reportó 18.1% (n=2) de desgarros perineales y al 18.1% (n=2) se le practicó cesárea. De las pacientes atendidas de manera tradicional la complicación más frecuente fue el

síndrome de adaptación pulmonar en el 16% (n=8) seguido de sufrimiento fetal en el 2% (n=1), el puntaje de Apgar de 9 a los 5 minutos representó el 82% (n=41), el 88% recibió apego inmediato, los recién nacidos fueron enviados a alojamiento en conjunto en un 66% (n=33). En atención amigable la complicación más frecuente reportada fue síndrome de adaptación pulmonar en un 22% (n=11), el puntaje de Apgar de 9 a los 5 minutos reportado fue de 84% (n=42), el 90% recibieron alojamiento conjunto y el 68% (n=34) fueron enviados a alojamiento conjunto. Al realizar en análisis bivariado de las variables relacionadas con las complicaciones maternas y fetales, no se observaron diferencias singificativas.

DISCUSIÓN

El presente estudio, cuyas características metodológicas lo clasifican en observacional, retrospectivo, transversal y comparativo en pacientes que recibieron atención de parto de manera tradicional versus atención amigable. Los dos grupos fueron similares en las características demográficas, lo que permitió que la comparación fuese adecuada. Las principales diferencias observadas entre los grupos de estudio, en el primer periodo del trabajo de parto, hacen referencia a las variables que hacen parte fundamental de las acciones componentes de la atención amigable, es decir, la deambulaci3n, la libre ingesta de l3quidos, la adopci3n de libre postura, as3 como evitar el uso rutinario de oxitocina y de la amniotom3a. Adem3s, de estas diferencias esperadas, llama la atenci3n que, en el grupo de pacientes de atenci3n amigable, el riesgo de presentar un expulsivo prolongado fue menor que en grupo de atenci3n tradicional (OR 0.13; IC 95% 0.005 a 0.9; p 0.005), lo cual, es un aspecto importante para considerar en el momento de ofrecer a una paciente un esquema de atenci3n obst3trica.

Si bien, no se observaron diferencias significativas en las relativas a duraci3n del trabajo de parto o complicaciones maternas y/o fetales, este resultado decanta la balanza a favor del parto amigable, pues en muchos casos el rechazo por parte del personal de salud a este esquema de atenci3n se basa en los argumentos que se prolonga el trabajo de parto o se expone a la paciente y/o a su hijo a complicaciones potenciales.

Respecto a la analgesia obst3trica epidural como t3cnica de alivio del dolor en el trabajo de parto; se ha demostrado evidencia de aumentar la satisfacci3n materna con el alivio del dolor que los m3todos no epidurales, sin demostrar tener efecto sobre el estado neonatal.⁶⁻¹⁰ En el presente estudio se evidenci3, que en pacientes con parto tradicional se us3 en un 66% versus 58% en atenci3n amigable, sin observarse diferencias significativas.

Nuestro estudio present3 algunas limitaciones, como el tama3o de muestra que es insuficiente para el n3mero de factores que se analizaron para la presencia de complicaciones maternas y fetales.

CONCLUSIONES

El esquema de atención de la atención obstétrica amigable, no sólo es una propuesta que dignifica el papel de la mujer en el trabajo de parto, al colocara en el centro de atención, sino que además, implica la disminución de riesgo de expulsivo prolongado, y por ende a las potenciales complicaciones asociadas a este. Además, no se observó aumento del riesgo de mayor duración del trabajo de parto o a mayor riesgo de complicaciones maternas o fetales, por lo que se reafirma como un esquema de atención seguro que debe continuar su implementación e integración en la atención materna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Guía de Práctica Clínica: Guía de Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2019. <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>. (último acceso 18 de junio de 2020).
2. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. Manual de procesos y actividades para fortalecer la sensibilización y capacitación del personal de salud, y su implantación en el Sistema Nacional de Salud. México, 2015.
3. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7(7):CD003766.
4. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr G, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;5(5):CD002006.
5. Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5(5).
6. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 177: Obstetric Analgesia and Anesthesia. *Obstet Gynecol*. 2017;129(4):e73-e89.
7. Sodha S, Reeve A, Fernando R. Central neuraxial analgesia for labor: an update of the literature. *Pain Manag*. 2017;7(5):419-426.
8. Shen X, Li Y, Xu S, Wang N, Fan S, Qin X, Zhou C, et al. Epidural Analgesia During the Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. 2017;130(5):1097-1103.
9. Friedman AM, Ananth CV, Prendergast E, D'Alton ME, Wright JD. Variation in and factors associated with use of episiotomy. *JAMA*. 2015;313(2):197-199.
10. Ducarme G, Pizzoferrato AC, de Tayrac R, Schantz C, Thubert T, Le Ray C, et al. Prévention et protection périnéale en obstétrique : Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF (texte court) [Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF Clinical Practice Guidelines (short version)]. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2018;46(12):893-899.

11. ACOG Practice Bulletin No. 198 Summary: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol.* 2018;132(3):795-797.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstet Gynecol.* 2016;128(1):e1-e15.
13. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2(2):CD000081.
14. Robinson M, Davidson A. Aspiration under anaesthesia: risk assessment and decision-making. *Cont Educ Anaesth Crit Care Pain.* 2014;14:171–17.
15. Chackowicz A, Spence AR, Abenheim HA. Restrictions on Oral and Parenteral Intake for Low-risk Labouring Women in Hospitals Across Canada: A Cross-Sectional Study. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38(11):1009-1014.
16. Ciardulli A, Saccone G, Anastasio H, Berghella V. Less-Restrictive Food Intake During Labor in Low-Risk Singleton Pregnancies: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2017;129(3):473-480.
17. Committee on Obstetric Practice, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 441: Oral intake during labor. *Obstet Gynecol.* 2009;114(3):714. Reaffirmed 2017.
18. Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Deneux-Tharaux C, Riethmuller D; Clinical practice guidelines group. Oxytocin administration during spontaneous labor: Guidelines for clinical practice. Guidelines short text. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2017;46(6):539-543.
19. Barasinski C, Vendittelli F. Oxytocin administration during spontaneous labor: Guidelines for clinical practice. Chapter 3: Interventions associated with oxytocin administration during spontaneous labor. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2017;46(6):489-497.
20. Bor P, Ledertoug S, Boie S, Knoblauch NO, Stornes I. Continuation versus discontinuation of oxytocin infusion during the active phase of labour: a randomised controlled trial. *BJOG.* 2016;123(1):129-135.
21. Loscul C, Chantry AA, Caubit L, Deneux-Tharaux C, Goffinet F, Le Ray C. Association entre les intervalles d'augmentation de l'oxytocine pendant le travail et le risque d'hémorragie du post-partum [Association between oxytocin augmentation intervals and the risk of postpartum haemorrhage]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2016;45(7):708-715.

22. Karaçor T, Sak S, Başaranoğlu S, Peker N, Ağaçayak E, Sak ME, et al. Assessment of oxidative stress markers in cord blood of newborns to patients with oxytocin-induced labor. *J Obstet Gynaecol Res.* 2017;43(5):860-865.
23. Lee L, Dy J, Azzam H. Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38(9):843-65.
24. Committee on Obstetric Practice, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 766: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstet Gynecol.* 2019;133(2):e164-173.
25. Hofmeyr GJ, Vogel JP, Cuthbert A, Singata M. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;3(3):CD006067.
26. Malvasi A, Zaami S, Tinelli A, Trojano G, Montanari Vergallo G, Marinelli E. Kristeller maneuvers or fundal pressure and maternal/neonatal morbidity: obstetric and judicial literature review. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2019;32(15):2598-2607.

TABLAS

Tabla 1. Características generales de los grupos de estudio.

Variable	Grupo A – Atención amigable (n=50)	Grupo B – Atención tradicional (n=50)	Valor de p*
Edad	24.9 ± 5.9	24.2 ± 4.22	0.27
Peso	68.2 ± 12.2	70.3 ± 11.1	0.26
Talla	1.57 ± 0.06	1.58 ± 0.07	0.27
IMC	27.7 ± 4.2	28.1 ± 3.8	0.33
Dilatación al ingreso	5.82 ± 1.22	5.54 ± 1.36	0.14
Borramiento al ingreso	75 ± 9.53	75.8 ± 9.28	0.33

*T de Student

Tabla 2. Comparación de variables de atención obstétrica en ambos grupos de estudio.

Variable	Atención amigable (n)	Atención tradicional (n)	p*	OR	IC
Ingesta libre de líquidos	35	2	<0.001	53.14	13.09 a 362
Imposibilidad para deambular en el TDP	25	3	<0.001	0.06	0.01 a 0.2
Adopción de libre postura	50	0	<0.001	50	7.19 a 348
Uso no rutinario de oxitocina	0	50	<0.001	15.23	4.535 a 68.92
Amniotomía rutinaria	0	33	<0.001	0.01155	0.0005252 a 0.06764
Analgesia obstétrica	29	33	0.6	0.71	0.3 a 1.6
Duración del primer periodo del TDP mayor de 8 horas	6	5	0.1	1.2	0.3 a 4.6
Expulsivo prolongado	0	6	0.005	0.13	0.005 a 0.9
Episiotomía	34	35	0.04	0.91	0.3 a 2.1
Pinzamiento tardío de cordón umbilical	45	44	0.1	1.2	0.3 a 4.7
Apego inmediato	45	44	0.1	1.2	0.3 a 4.7
Complicaciones maternas	9	13	0.9	0.6	0.2 a 1.6
Complicaciones fetales	11	9	0.25	1.3	0.5 a 3.5
Resolución del embarazo	45	40	0.08	2.2	0.7 a 7.7

*Chi cuadrada.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3606.
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA

Registro COFEPRIS 17 CI 09 010 024
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 026 2016121

FECHA Lunes, 09 de noviembre de 2020

Dr. Armando Alberto Moreno Santillán

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de investigación con título **Resultados perinatales en pacientes atendidas con el modelo de parto amigable versus atención obstétrica tradicional** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional
R-2020-3606-041

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

[Firma]
Dr. Oscar Moreno Alvarez
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3606

[Firma]

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No.4 "Luis Castelazo Ayala"

TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Resultados perinatales en pacientes atendidas con el modelo de parto amigable versus
atención obstétrica tradicional

Variables obstétricas generales

Fecha: _____

Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Antecedentes ginecobstetricos

Gestas: __ Partos __ Cesáreas__ Abortos__ Ectópicos__ Óbitos__

Control Prenatal Sí____ No____ total de consultas_____

Antecedentes personales patológicos No____ Si____ ¿Cuál?

Diagnóstico inicial:

Variables maternas obstétricas

Dilatación cervical al ingreso: _____ cm borramiento: _____%

Membranas al ingreso: rotas _____ horas de ruptura: _____

Integras: _____

Uso de oxitocina (si/no):_____

Deambulacion (si/no):_____ Ingesta de líquidos (si/no):_____

Acompañamiento durante el trabajo de parto: (si/no):_____

Libre adopción de posición durante el trabajo de parto: (si/no):_____

Amniorrexis rutinaria (si/no):_____ Analgesia obstétrica (si/no):_____

Vía de nacimiento: vaginal_____ cesárea_____

Uso de fórceps: si _____ no _____

Uso de vacuum: si _____ no _____

Episiotomía: si _____ no _____

Kristeller: si _____ no _____

Horas de trabajo de parto: _____ horas

Tiempo de expulsivo: _____

complicaciones maternas: si _____ no _____

cuales _____

Variables fetales

Peso fetal al nacimiento: _____ Talla: _____ Apgar: _____

Destino del recién nacido (alojamiento conjunto, cunero A, UTIN, UCIN): _____

Apego inmediato (si/no): _____ Pinzamiento tardío del cordón umbilical

(si/no): _____

¿El recién nacido presentó alguna complicación en el momento del nacimiento?

Si/No _____ ¿cuál? _____

RESPONSABLE DE CAPTURA DE DATOS

Dr. Armando Moreno Santillán, Dra. Anyel Dayana Chaucanes Mora



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No.4
“LUIS CASTELAZO AYALA”**



Declaración de Autenticidad y No Plagio

Por el presente documento, yo Anyel Dayana Chaucanes Mora alumna de posgrado de la Especialidad en Ginecología y Obstetricia en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No.4 “Luis Castelazo Ayala”, del IMSS.

Informo que he elaborado el Trabajo de Investigación, tema de tesis denominado “Resultados perinatales en pacientes atendidas con el modelo de parto amigable versus atención obstétrica tradicional

” y declaro que:

- 1) En este trabajo no existe plagio de ninguna naturaleza y es de carácter original, siendo resultado de mi trabajo personal, el cual no he copiado de otro trabajo de investigación, ni utilizado ideas, fórmulas, ni citas completas “strictu sensu”, así como ilustraciones diversas, obtenidas de cualquier tesis, obra, artículo, memoria, etc., (en versión digital o impresa).
- 2) Asimismo, dejo constancia de que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo, por lo que no se ha asumido como propias las ideas vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos como en Internet.
- 3) Asimismo, afirmo que soy responsable de todo su contenido y asumo, como autor, las consecuencias ante cualquier falta, error u omisión de referencias en el documento. Sé que este compromiso de autenticidad y no plagio puede tener connotaciones éticas y legales.

Por ello, en caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a lo dispuesto en la Normatividad que implique al programa.

Anyel Dayana Chaucanes Mora

NOMBRE COMPLETO DEL RESIDENTE

Ciudad de México, a 12 de enero de 2021