



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA

FRECUENCIA DE EVENTOS INDESEABLES EN DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO:
PARTO EN AGUA EN LA CLÍNICA LA PRIMAVERA Y PARTO TRADICIONAL EN LA
CLÍNICA SANTA BÁRBARA EN QUITO – ECUADOR EN EL AÑO 2014.

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MEDICO/A CIRUJANO/A

AUTORAS:

BOLAÑOS CHERREZ DIANA ESTEFANIA ^a

GUERRERO TORRES DANIELA ^a

DIRECTOR DE DISERTACIÓN: DR. JULIO EDISON GALARRAGA ^b

DIRECTOR METODOLÓGICO: DRA. MARÍA LUCILA CARRASCO ^b

Quito, 2014

^a Estudiantes de la Facultad de Medicina de la PUCE. dianis_b_ch@hotmail.com
danielaguerrertorres@gmail.com

^b Docentes de la Facultad de Medicina de la PUCE.

**FRECUENCIA DE EVENTOS INDESEABLES EN
DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO: PARTO EN
AGUA EN LA CLÍNICA LA PRIMAVERA Y PARTO
TRADICIONAL EN LA CLÍNICA SANTA BÁRBARA
EN QUITO – ECUADOR EN EL AÑO 2014.**

AGRADECIMIENTOS

“Dar gracias a Dios por lo que se tiene, allí comienza el arte de vivir.”

Doménico Cieri Estrada.

Sería interminable escribir todos los motivos por los que estamos agradecidas con nuestros padres. Gracias por haber sido el pilar fundamental para nuestra formación académica.

Agradecemos al Doctor Julio Galárraga por su apoyo en la realización de esta investigación y por haber contribuido de forma valiosa en nuestra formación como médicos, a la Doctora María Lucila Carrasco por orientarnos con la dulzura y gentileza que la caracteriza en la metodología de nuestra tesis. A los doctores Diego Alarcón y Vladimir Almeida por su gran apertura para la realización de este estudio en sus clínicas y al Doctor Antonio Domínguez por su colaboración como lector del presente trabajo.

DEDICATORIA:

A mi princesa Renata, que vendrá al mundo en pocas semanas para llenar nuestras vidas con su luz.

Tu tía y hada madrina...

Daniela

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”.

Thomas Chalmers

Esta tesis se la dedico a mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por su gran apoyo para culminar mis estudios. Ellos me brindaron todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia y mi coraje para conseguir mis objetivos.

Diana

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	6
1. SEMBLANZA SOBRE LAS PRÁCTICAS CULTURALES DEL PARTO.....	6
2. IMPORTANCIA DEL PARTO HUMANIZADO.....	12
3. EL AGUA Y SU IMPORTANCIA EN LA MEDICINA.....	22
4. PRECEPTOS CONTEMPORÁNEOS DEL PARTO EN AGUA.....	29
4.1. VENTAJAS DEL PARTO EN AGUA.....	29
4.2. DESVENTAJAS DEL PARTO EN AGUA.....	32
5. PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS PARA EL PARTO DE INMERSIÓN EN AGUA. PREGUNTAS MÁS FRECUENTES.....	34
6. RELACIONES E INTERACCIONES DEL SISTEMA DE SALUD EN LA ATENCIÓN DEL PARTO EN ECUADOR.....	44
7. PREFERENCIAS DE LA MUJER DE NUESTRO MEDIO ACERCA DE LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO.....	48
8. EL DOLOR DE PARTO Y SUS IMPLICACIONES.....	52
9. DESGARROS PERINEALES COMO COMPLICACIÓN DEL PARTO.....	58
10. FASES Y MECANISMO DEL PARTO.....	61
11. APGAR NEONATAL.....	67

OBJETIVOS.....	71
HIPÓTESIS.....	72
JUSTIFICACIÓN.....	73
CAPÍTULOII: MATERIALES Y MÉTODOS.....	76
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	81
1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA..	81
2. PARIDAD DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	82
3. NÚMERO DE PARTOS VAGINALES ANTERIORES EN LAS MUJERES MULTÍPARAS.....	82
4. COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	83
5. CESÁREA PREVIA A PARTO NORMAL EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	85
6. EPISIOTOMÍA EN LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO DE ACUERDO A LA PARIDAD.....	86
7. DOLOR EN LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO ESTUDIADA...	87
8. SATISFACCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA CON RESPECTO AL PROCESO DEL PARTO.....	93
9. DESGARROS EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	95
10. GRADO DE DESGARROS EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	97

11. TIEMPO DEL PERÍODO EXPULSIVO EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.	
EXPULSIVO PROLONGADO.....	98
12. PUNTAJE APGAR DEL RECIEN NACIDO EN LAS DISTINTAS	
MODALIDADES DE PARTO.....	100
CAPÍTULO IV:	
DISCUSIÓN.....	104
CAPÍTULO V: LIMITACIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	116
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	122
ANEXOS.....	145
ANEXO#1: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	145
ANEXO #2: CONCENTIMIENTO INFORMADO.....	146
ANEXO# 3: PROTOCOLO DE LIMPIEZA CLÍNICA LA PRIMAVERA.....	147

LISTA DE TABLAS

	PAG
TABLA N. 1 APLICACIONES TERAPEUTICAS DEL AGUA DE ACUERDO A SU TEMPERATURA.....	28
TABLA N 2.INTERRELACION ENTRE LOS DISTINTOS SISTEMAS DE SALUD.....	46
TABLAN 3.CLASIFICACIÓN DE LOS DESGARROS PERINEALES.....	60
TABLA N 4. APGAR NEONATAL.....	70
TABLA N 5. INTERPRETACION DEL TEST DE APGAR.....	70
TABLA N 6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES CONTENIDAS EN LA INVESTIGACIÓN.....	80
TABLA N 7. EDAD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA (PACIENTES DE CLÍNICA LA PRIMAVERA/PARTO EN AGUA, Y CLÍNICA SANTA BÁRBARA/PARTO TRADICIONAL, EN QUITO-ECUADOR. AÑO 2014).....	81
TABLA N 8. NÚMERO DE PARTOS VAGINALES ANTERIORES EN LAS MUJERES MULTÍPARAS EN LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO.....	83
TABLA N 9: COMPLICACIONES QUE SE PRESENTARON DURANTE LA GESTACIÓN EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	84
TABLA N 10. EPISIOTOMÍA EN LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO DE ACUERDO A LA PARIDAD EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	86
TABLA N 11. INTENSIDAD DEL DOLOR EN LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	88
TABLA N 12. TIPO DE DOLOR DE ACUERDO A LA PARIDAD EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	89
TABLA N 13. TIPO DE DOLOR DE ACUERDO A LA PARIDAD EN LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO....	89

TABLA N 14. RELACIÓN ENTRE LA MODALIDAD DE PARTO Y LA INTENSIDAD DEL DOLOR EN LOS DISTINTOS GRUPOS DE ACUERDO A LA PARIDAD EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	90
TABLA N 15. NECESIDAD Y TIPO DE ANALGESIA EN LAS MUJERES EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	91
TABLA N 16. NECESIDAD DE ANALGESIA DE ACUERDO A LA PARIDAD EN LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	92
TABLA N 17. RELACIÓN ENTRE LA MODALIDAD DE PARTO Y LA NECESIDAD DE ANALGESIA EN LOS DISTINTOS GRUPOS DE ACUERDO A LA PARIDAD EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	93
TABLA N 18. ANÁLISIS DE VARIABLE SATISFACCIÓN DEL PARTO EN GRUPO DE MADRES NULÍPARAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	95
TABLA N 19. ANÁLISIS DEL EVENTO DESGARROS EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	96
TABLA N 20. ANÁLISIS DEL GRADO DE DESGARRO EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	97
TABLA N 21. ANÁLISIS DEL EVENTO EXPULSIVO PROLONGADO EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	100
TABLA N 22. DEPRESIÓN NEONATAL DE ACUERDO CON EL PUNTAJE DE APGAR AL MINUTO Y A LOS CINCO MINUTOS EN LOS NEONATOS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	101
TABLA N 23. DEPRESIÓN NEONATAL EN EL PRIMER MINUTO EN LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO DE ACUERDO CON LA PARIDAD.....	102
TABLA N 24. RELACIÓN ENTRE LA MODALIDAD DE PARTO Y LA DEPRESIÓN NEONATAL EN LOS DISTINTOS GRUPOS DE ACUERDO A LA PARIDAD EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	103
TABLA N 25. BIENESTAR NEONATAL DE ACUERDO A LA PARIDAD EN LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO EN LA	

POBLACIÓN ESTUDIADA.....	103
--------------------------	-----

LISTA DE GRAFICOS

GRAFICO N 1: COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE SE PRESENTARON EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA DURANTE EL EMBARAZO.....	85
GRAFICO N 2: EPISIOTOMÍA EN EL GRUPO DE PARTO NORMAL.....	87
GRAFICO N 3. MEDIA DE MINUTOS DEL PERÍODO EXPULSIVO EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA DURANTE EL EMBARAZO.....	99

RESUMEN

Objetivo: Evaluar y demostrar las ventajas y desventajas que brinda el parto en agua a mujeres que asisten a dar a luz en la clínica La Primavera versus el parto tradicional en mujeres que dan a luz en la clínica Santa Bárbara en Quito – Ecuador.

Materiales y Métodos: En este estudio descriptivo observacional de corte transversal se incluyeron 300 mujeres, 150 para cada modalidad de parto (parto en agua y parto tradicional). La información sobre el dolor, la necesidad de analgesia, la satisfacción materna, los desgarros perineales, duración del periodo expulsivo y APGAR neonatal se obtuvieron mediante recolección de datos durante el periodo de Enero a Octubre de 2014; los cuales fueron procesados mediante los programas Microsoft Excel 2010, STATA versión 13 y la hoja de cálculo estadístico DAG_Stat.

Resultados: El 92 % de las mujeres incluidas en el estudio tuvieron entre 18 y 35 años, con rangos de edad comprendidos entre 16 a 43 años. Al comparar las dos modalidades de parto se encontró que el parto en agua constituye un factor protector frente al dolor severo ($p: 0,13$), necesidad de analgesia ($p: 0,00$) y satisfacción materna ($p: 0,00$) principalmente en primíparas. El parto en agua constituye un factor protector para el desarrollo de desgarros perineales también ($p: 0,01$), sin embargo no se encontraron resultados estadísticamente significativos al comparar el grado de desgarro en ambos grupos de estudio ($p: 0,30$). Al analizar el tiempo de periodo expulsivo, se observó que el parto en agua constituye un factor de riesgo para el desarrollo de expulsivo prolongado, pero carece de significación estadística ($p: 0,42$). Por último los resultados obtenidos sobre el APGAR neonatal no muestran diferencias entre los dos grupos de estudio.

Conclusiones: Las ventajas del parto en agua para las madres radican en una menor necesidad de analgesia, mayor satisfacción materna y menor desarrollo de desgarros. Existe una mayor probabilidad de que el periodo expulsivo se prolongue en el parto en agua si lo comparamos con el parto normal. El APGAR neonatal no muestra diferencias entre los dos tipos de parto.

Palabras Clave: Parto en agua, dolor, analgesia, satisfacción materna, desgarros perineales.

ABSTRACT

Objectives: Assess and demonstrate the advantages and disadvantages of water birth in women giving birth at “La Primavera Clinic” versus women giving birth conventionally in “Santa Bárbara Clinic” in Quito – Ecuador.

Methods: In this cross-sectional observational study, 300 women were included, 150 for each type of delivery (water birth and conventional delivery). The information about pain, use of analgesia, women’s satisfaction, perineal tears, length of the second stage and the newborn’s APGAR was obtained through a survey in between January and October of 2014. The data was processed and analyzed using Microsoft Excel 2010, STATA version 13 and the DAG_Stat Paper (Diagnostic and Agreement Statistics).

Results: 92% of the women included in the study were between 18 and 35 years old with total ranges comprehended between 16 and 43 years old. When the two types of delivery were compared, we observed that giving birth in water constitutes a protective factor against severe pain ($p: 0,13$), use of analgesia ($p: 0,00$) and maternal satisfaction ($p: 0,00$), mainly in primiparous. Water birth seems to be a protective factor against perineal tears too ($p: 0,01$), but there were no statistical differences when comparing the severity of the tears in both groups ($p: 0,30$). In contrast, when we analyzed the length of the second stage of labor, we observed that water birth is a risk factor for a prolonged expulsive phase, even though this fact isn’t statistically significant ($p: 0,42$). Finally, the results obtained about the APGAR score in newborns didn’t show any difference when comparing water delivery with traditional delivery.

Conclusions: The advantages of water birth for women are a lower requirement of analgesia, higher maternal satisfaction and less perineal tears. There is a higher probability of prolongation of the expulsive phase or second stage of labor in water delivery compared with conventional delivery. The APGAR score shows no difference between both groups of study.

Key words: Water birth, pain, analgesia, maternal satisfaction, perineal tears.

INTRODUCCIÓN:

El embarazo es uno de los momentos más importantes y mágicos en la vida de una mujer y de una familia. Durante este periodo, el acontecimiento más esperado es el nacimiento del bebé, el cual se va a dar por medio del parto. A pesar de que es un proceso fisiológico y parece ser sencillo, genera varias dudas y expectativas en la mujer gestante.

Actualmente, existen aproximadamente 7000 millones de personas en todo el mundo y cada segundo nacen 4 personas más, lo que significa que hay alrededor de 380.000 partos por día (1). Esto no debe ser tomado solo como datos estadísticos, sino que debemos suponer que se dan una gran cantidad de eventos trascendentales en la vida de muchas mujeres cada día. Muchas de estas mujeres desconocen que pueden elegir el tipo de parto que prefieran, solamente reciben la atención médica para su parto siendo la gran mayoría de estos tradicionales.
(2)

Además existen principios sobre el cuidado perinatal de la OMS, en los cuales se especifica cómo debe ser llevado a cabo un parto adecuadamente. Por ejemplo se cita que el parto debe ser no medicalizado y con la menor cantidad de intervenciones por parte de terceros, con tecnología y procedimientos

adecuados, basado en evidencia científica actual, multidisciplinario, integral y se debe respetar la decisión de la mujer de cómo debe ser llevado a cabo así como el respeto a su confidencialidad, dignidad y privacidad. (3)

Cuando una mujer da a luz de manera convencional, en una camilla, se entorpece el proceso fisiológico y no se respetan los parámetros anteriormente mencionados, ya que cada vez es más frecuente la medicalización del parto, con gran intervención por parte de profesionales y no profesionales de la salud, y son pocas las mujeres, que pueden elegir la manera en la que se va a realizar su parto. (2)

En Australia es cada vez más popular el parto en agua en los centros de maternidad. Hay una gran inversión en programas de capacitación para el personal que trabaja en estas casas de salud, protocolos del manejo del parto en agua, además del desarrollo de infraestructura adecuada para su atención. (4)

El primer parto en agua fue reportado en Francia, en el año de 1805, el cual se dio de manera incidental ya que una mujer en labor de parto sentía menos dolor al sumergirse en agua y no tuvo tiempo para salir de la tina y recibir atención, pero esta modalidad de parto no fue popularizada sino hasta la década de los 80's, por el médico francés Michael Odent. (5)

Finalmente en 1983 se postuló que tanto la ansiedad como el dolor durante la labor de parto pueden generar una actividad uterina reducida y distocias. Por medio del parto en agua se espera que exista relajación y alivio del dolor durante todo el proceso (6). En los últimos 30 años, esta modalidad de parto se ha convertido en una tendencia, a pesar de que existe escasa y contradictoria evidencia científica sobre el tema. (7)

La evidencia científica en la que este estudio se basa proviene de varios países alrededor del mundo, pero hay pocas investigaciones de valor científico en América Latina. En Ecuador no se han realizado estudios o investigaciones sobre los resultados del parto en agua, sin embargo existen varias instituciones privadas en el país que practican este método en las ciudades de Guayaquil, Machala, Baños, Cuenca y Quito.

En el sector público, no se ha implementado esta técnica debido a varios motivos como son la gran demanda y la poca infraestructura para abastecer a la población con este servicio. Además del costo que genera este tipo de actividad y sobre todo el desconocimiento sobre el tema y en muchas ocasiones la oposición que muestran algunos profesionales de la salud.

CAPÍTULO I

MARCO TEORICO

1. SEMBLANZA SOBRE LAS PRÁCTICAS CULTURALES DEL PARTO

El Parto como proceso natural y fisiológico ha tenido en diferentes épocas y momentos de la historia variaciones en las formas en las que ha ocurrido.

Al comienzo de la humanidad, unos 40.000 a.C, los datos indican que el parto era atendido por el marido, sin embargo ya en el año 6000 a. C se empieza a considerar la atención del nacimiento como un arte en el que participaban mujeres, llamadas comadronas, cuyos conocimientos empíricos eran transmitidos de generación en generación. (8)

Por varios siglos las prácticas sobre la atención del parto no tuvieron grandes variaciones, siendo las comadronas las únicas y verdaderas especialistas que sabían atender correctamente a las mujeres en el alumbramiento, además de aliviarles el dolor y aconsejarles sobre prácticas abortivas y vida sexual.

Los médicos en aquella época consideraban que los partos no eran dignos de conocimientos, además la mujer en general era catalogada como un ser inferior y no “merecía” la atención de un médico para traer al mundo a un bebe.

La primera descripción de un parto fue hecha por Hipócrates en el año 460-377 a.C en su libro “Naturaleza del Niño”, en donde consideraba que el parto comenzaba cuando el feto “tenía hambre” y rompía la bolsa de las aguas con movimientos de sus manos y pies. (9)

En el siglo XVIII se empezó a estudiar al parto como una ciencia, pronto se desarrollaron instrumentos como fórceps y se impuso la posición horizontal de la parturienta, sin embargo hubo una serie de transformaciones, que modificaron la forma en la que se atendía un parto.

En un inicio llamado período preobstétrico las mujeres daban a luz imitando la forma animal, sin ninguna ayuda, en forma solitaria, siendo esta la forma de parto de muchas nativas americanas, de quienes dice Garcilaso de la Vega “Las indias paren sin parteras, no las hay entre ellas, siendo común costumbre, hecha ya la naturaleza, sin distinción de ricas a pobres ni de nobles a plebeyas.” (10)

Era común para las mujeres de estos pueblos prehistóricos dar a luz en medio de su jornada laboral, cuando sentían los llamados dolores de parto, detenían sus actividades y “parían”, sin ayuda de alguien más, a la orilla del río o abrazadas a un árbol. Posteriormente aseaban a sus hijos, lo ponían bajo el brazo y en el otro llevaban la placenta, caminaban cuesta arriba y continuaban trabajando. (11)

Además en la antigüedad existían varias creencias sobre el parto, como en Egipto, en donde las mujeres tenían por costumbre no anudar ni recoger los cabellos de

ninguna forma, ya que se pensaba que esas ataduras podrían dificultar el parto y su satisfactoria evolución. Christian Jacq, en su libro "Las egipcias" comenta que la parturienta debía de estar desnuda con el pelo suelto, pues debía de estar libre de cualquier nudo que complicara el parto. (12)

En varias civilizaciones antiguas, los lugares para el nacimiento de los bebés eran muy variados, por ejemplo en algunos grupos abisinios las mujeres daban a luz sentadas sobre una piedra y apoyándose contra un árbol. En Somalia, a veces, se suspenden de una cuerda, mientras que en África, las mujeres se colocaban semisentadas en tierra sobre una piedra, inclinando el cuerpo atrás apoyándose contra un árbol, posición casi de decúbito dorsal.

En América Latina, dependiendo de la cultura los nacimientos ocurrían en varios sitios, por ejemplo en el Antiguo Perú quedaban acostadas sobre las rodillas de una ayudante como ocurre entre algunas tribus de la India (13). Las mujeres Mapuches tenían a sus hijos en una ruka (casa) en cuclillas al igual que las mujeres Aymaras que tenían a sus hijos en posición vertical, sentadas o de pie en sus hogares rodeadas de un grupo de mujeres que entonaban cánticos y danzaban con el fin de facilitar la labor de parto. (14)

A parte de lo anteriormente mencionado es importante destacar que uno de los primeros lugares en donde las mujeres daban a luz era el agua, como en Egipto, hace 8000 años los hijos de los Faraones debían nacer así, al igual que aquellos

destinados a ser curas o sacerdotes. De igual manera en la isla de Creta 2700 años a.C se crearon templos para que ocurran partos en agua. (14)

La conexión entre el hombre y el agua radica desde nuestros antepasados, los humanos podrían haber pasado cientos de años viviendo junto al mar, caminando en él, pescando y poco a poco fueron más adeptos para la natación y el buceo cada vez más lejos de las costas. (12)

El tacto y sensación de calidez que brinda el agua en conjunto con los elementos de la naturaleza como la luz de la luna, el sol o la brisa de un océano salado ha tenido un efecto hipnótico sobre muchas mujeres en el momento del parto. (9)

Es por esto que los lugares que preferían las parturientas para que sus hijos nazcan eran las orillas de los ríos como en las tribus indias del continente americano y también en el océano, como ocurría durante varias generaciones en Nueva Zelanda y en Hawái. (10)

Como concluyó Aristóteles, el agua es el principio de la vida, es uno de los recursos naturales más preciados, mantiene la vida. Nuestros primeros nueve meses de vida tienen lugar en el seno de las aguas y se cree que los sonidos de las olas del océano simulan la sangre corriendo a través de la placenta.

Sin embargo el primer nacimiento documentado tuvo lugar en un pueblo de Francia en 1805 y se detalla en un informe diario de la sociedad médica francesa,

a través de la sugerencia de su médico, una mujer que había estado en trabajo de parto durante 48 horas recibió un alivio temporal al ser sumergida en un baño caliente. Después de un corto tiempo en la bañera, el bebé salió tan rápido que no tuvo tiempo de salir del agua para dar a luz a su hijo. (5)

Tiempo después inicia el momento en el que el parto deja de ser solitario y era presenciado por la primera persona que se acercaba a ayudar a la parturienta, así muchas mujeres que habían pasado por muchos partos se dedicaron a prestar ayuda.

Sin embargo estas mujeres llamadas “parteras” carecían de conocimientos científicos y aplicaban una gran variedad de remedios, talismanes, amuletos, gestos, danzas, y en sí muchos recursos que se relacionaban con lo espiritual; esto se aplicaba en pueblos como los persas, asirios y babilonios. (8)

El parto tradicional en Ecuador se caracterizaba, como en otros países, por estar muy vinculado con la naturaleza y con sus elementos y tener un carácter sagrado. Había una invocación previa a la ‘Pacha Mama’ y a la Luna para que protegieran el parto. (10)

Las mujeres daban a luz boca abajo, apoyadas sobre sus cuatro extremidades; el neonato nacía por atrás y era recibido por una comadrona, mientras esto era presenciado por el marido de la parturienta, quien simulaba los dolores de la labor de parto para apoyar a su esposa. (10)

En la cultura Cañari, como en otras culturas del Ecuador las comadronas atendían los partos así: primero se realizaba “el manteo”, haciendo acostar a la parturienta boca arriba en una manta y la tomaban de las cuatro esquinas. Luego, tomaban una taza de té aromática compuesto de flor de mil mil, albahaca, 12 espinas de penco, para mayores contracciones uterinas. En la comida les daban un huevo con flor de mil mil y toronjil finamente picado. (15)

La composición de las sustancias que tenían que ser ingeridas variaba de acuerdo a las preferencias de la curandera que asistía el parto ya que cada una de ellas era portadora de secretos para que el alumbramiento se realice sin dificultades. (15)

El parto estaba lleno de elementos mágicos-míticos, una vez que ocurría el mismo en posición de cuclillas, la partera cortaba el cordón umbilical y lo amarraba con un pupu huatana o sogá, éste, junto con la placenta, eran enterrados fuera de la casa, con el fin de que a la madre no tuviera dolores del útero posteriormente con el frío, y también para garantizar su capacidad reproductiva.

Luego la comadrona ayudada por el marido y miembros íntimos de la familia, levantaban el cuerpo de la mujer por sus pies y la sacudían enérgicamente, el bebé era bañado de inmediato, y la partera le cocía la boca para que no salga muy hablador, ni tampoco hablador de malas palabras. (15)

Los relatos sobre la concepción del parto en las distintas culturas a lo largo de la historia son innumerables, pero lo más importante es comprender que el nacimiento desde un inicio estuvo vinculado a la naturaleza y a sus elementos.

2. IMPORTANCIA DEL PARTO HUMANIZADO

En 1985, en Fortaleza Brasil, la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional para las Américas de la OMS celebraron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto, a la que asistieron matronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres. (16)

En esta conferencia se definió el concepto de humanización como “un proceso de comunicación y cuidado entre las personas que lleva a la autotransformación y la comprensión del espíritu fundamental de la vida y a un sentido de compasión y unidad con el universo, el espíritu y la naturaleza, los miembros de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global, y también con otras personas en el futuro, así como con las generaciones pasadas”. (16)

Esta conferencia impulsó a la OMS a revisar el modelo biomédico de atención del parto, por considerar que la medicalización que se estaba realizando no

respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada, al no tener en cuenta sus necesidades y expectativas, limitando con ello su autonomía.

Los objetivos del milenio de la OMS declaran que toda mujer tiene derecho a elegir el tipo de parto que tendrá y a conocer sus opciones. Algunas recomendaciones de la OMS para el parto son (16):

- Informar y educar a la comunidad para que cada mujer pueda escoger el tipo de parto que quiera experimentar.
- Fomentar la capacitación de parteras para la atención y el control del parto no complicado de manera segura.
- Cada hospital, clínica o centro de salud debe informar a los pacientes sobre sus prácticas, por ejemplo, frecuencia de cesáreas, de tactos, episiotomías, etc.
- No hay justificación para que más del 10-15% de partos sean por cesárea.
- Aún con cesáreas anteriores debe promoverse el parto vaginal.
- No es necesario monitorizar un trabajo de parto normal.
- Se le debe animar a la parturienta a cambiar de posición, respetar la posición que esta desee adoptar y no forzarla a estar en posición de litotomía.
- No deben inducirse los partos por conveniencia.
- No debe realizarse episiotomía rutinaria.
- No debe administrarse analgesia o anestesia rutinaria.

- No deben planificarse cesáreas por conveniencia
- No se justifica científicamente la amniorrexis.
- Debe promoverse el apego materno inmediato y el bebé deberá permanecer en todo momento junto a la madre mientras el estado de ambos lo permita.
- Debe fomentarse el inicio inmediato de la lactancia antes de salir de sala de partos.

En el año 2011, Behruzi (17) concluye que el parto humanizado no queda limitado a una definición específica, ya que el movimiento del parto humanizado tiene por objetivo promover que el parto sea una experiencia positiva, independientemente del lugar de nacimiento, y pretende empoderar a la mujer respetando sus decisiones, valores, creencias y sentimientos y reduciendo su excesiva medicalización mediante la adopción de prácticas basadas en la evidencia (18). En esta misma línea se sitúan Van Teijlingen et al (19) y Akrich et al (20), para quienes todos los movimientos de humanización del nacimiento persiguen situar la capacidad de elección de las mujeres.

La Coalición para Mejorar los Servicios para la Maternidad (CIMS) es una organización norteamericana de entidades preocupadas por el cuidado y el bienestar de las madres, los bebés y las familias instituida en 1997. Sus principios se basan en evidencia científica recabada en su consenso “Mother-friendly

childbirth initiative” con la colaboración de 26 organizaciones preocupadas por el tema y se resumen a continuación (21):

a. Normalidad del proceso de parto

- El parto es un proceso normal, natural y saludable.
- La mujer y el bebé poseen la sabiduría inherente necesaria para el nacimiento.
- Al momento del parto, el bebé es un ser humano alerta y sensible, por lo que debe ser reconocido y tratado como tal.
- La lactancia materna proporciona la óptima nutrición para el recién nacido y el infante.
- El parto puede realizarse de manera segura en hospitales, centros de nacimiento, maternidades y en el hogar.
- El modelo de atención con parteras, el cual apoya y protege el proceso del parto normal, es el más adecuado para la mayoría de las mujeres durante el embarazo y el parto.

b. Empoderamiento

- La confianza de la mujer y su capacidad para dar a luz y cuidar a su bebé se ven aumentadas o disminuidas por toda persona que le

proporcione atención y cuidados, así como por el entorno en donde da a luz.

- Durante el embarazo, el parto y la infancia, la madre y su bebé son diferentes y al mismo tiempo interdependientes. Su interconexión es vital y debe ser respetada.
- El embarazo, el parto y el postparto son eventos claves para la continuidad de la vida. Estas experiencias afectan profundamente a la mujer, al bebé, al padre y a la familia, y tienen efectos importantes y duraderos en la sociedad.

c. Autonomía

Toda mujer debe tener la oportunidad de:

- Tener una sana y placentera experiencia de parto, tanto para ella misma como para su familia, sin importar su edad o sus circunstancias;
- Dar a luz de la forma en que ella lo desee y en un entorno en el que ella se sienta protegida, segura; en donde se respete su bienestar emocional, privacidad y preferencias personales.
- Tener acceso a la gama entera de opciones para el embarazo, el parto y la crianza de su bebé así como a información precisa sobre

todos los sitios en donde se pueda efectuar el nacimiento, los diversos proveedores de cuidados para la salud y las prácticas de atención y cuidados disponibles.

- Recibir información correcta y actualizada sobre los riesgos y beneficios de todos los procedimientos, medicamentos y exámenes sugeridos para utilizarse durante el embarazo, el parto y el período de postparto, así como el derecho al consentimiento y al rechazo informado.
- Recibir apoyo para tomar decisiones de manera informada acerca de lo que es mejor para ella y su bebé con base en sus valores y creencias individuales.

d. No provocar daño

- Las intervenciones no deben ser aplicadas de manera rutinaria durante el embarazo, el parto y/o el período de postparto.
- Numerosos exámenes médicos, procedimientos, tecnologías y medicamentos conllevan riesgos para la madre y su bebé y deben ser evitados en ausencia de indicaciones científicas específicas para su uso.

- Si durante el embarazo, el parto o el período de postparto surgen complicaciones, los tratamientos médicos que se recomienda aplicar deberán tener fundamentos basados en la evidencia científica.

e. Responsabilidad

- Cada proveedor de cuidados para la salud es responsable de la calidad de los cuidados que él o ella proporciona.
- La práctica de cuidados para la maternidad no debe estar basada en las necesidades del proveedor o suministrador de cuidados, sino únicamente en las necesidades de la madre y el hijo.
- Cada hospital, centro de nacimiento y maternidad es responsable de la revisión y evaluación periódicas, conforme a la evidencia científica actualizada, de la efectividad, riesgos y las tasas de uso de los procedimientos médicos que aplican a madres y a bebés.
- La sociedad, a través del gobierno y de las instituciones de salud pública, es responsable de asegurar que todas las mujeres tengan acceso a los servicios para la maternidad así como de verificar la calidad de dichos servicios.

- Los individuos son los que en última instancia deben responsabilizarse de la toma informada de decisiones acerca de los cuidados para la salud que ellos y sus bebés reciben.

Algunas recomendaciones de la CIMS en la práctica del parto humanizado engloban:

1. Acompañamiento materno por familiares o amigos sin restricción de número o persona durante el parto. (22)
2. Acceso a atención brindada por parteras o doulas capacitadas.
3. Libertad para cambios de posición
4. Cuidados que tomen en cuenta y respondan a sus necesidades culturales.
5. Estimular el apego materno y la lactancia temprana. Capacitar a las madres en técnicas de amamantamiento e instruir las acerca de los beneficios de la lactancia materna.
6. No emplear de manera rutinaria prácticas y procedimientos que no tengan un fundamento científico, incluyendo pero sin limitarse a los siguientes (23):

- Rasurado
- Enemas
- Goteo intravenoso

- Ayuno
- Amniorrexis
- Monitoreo fetal electrónico en mujeres de bajo riesgo obstétrico

7. Otras intervenciones deberán limitarse de la siguiente manera:

- Tener una tasa de episiotomía de 20% o menos con una meta de 5% o menos; (24)
- Tener una tasa de inducción de 10% o menos;
- Tener una tasa total de cesáreas de 10% o menos en los hospitales de la comunidad y de 15% o menos en los hospitales de cuidados de tercer nivel (alto riesgo); (25)
- Tener una tasa de partos vaginales posteriores a un nacimiento por cesárea de 60% o más con una meta de 75% o más.

El parto humanizado y culturalmente adecuado son prácticas fuertemente recomendadas por la OPS y OMS. En el año 2012 en la ciudad de Otavalo, se realizó el acto de premiación de las experiencias ganadoras de Ecuador en el Concurso Regional de Maternidad Segura, organizado por la OPS/OMS y otras instituciones que promueven la reducción de la mortalidad materna. El Ecuador

ganó el Primer Puesto en la categoría comunitaria con la experiencia “Diálogo intercultural para el mejoramiento de la calidad de la atención materna y neonatal desde el primer nivel de atención en el Área de Salud No. 4 del MSP”, y el segundo puesto en la categoría de instituciones prestadoras de salud, con la experiencia “Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el hospital San Luis de Otavalo: implementación de la sala de parto culturalmente adecuado”. Las experiencias ganadoras del cantón Otavalo aportan valiosos ejemplos de articulación entre la medicina occidental y la tradicional, así como la participación de la población, especialmente las parteras, logrando reducir la mortalidad materna y aumentar el parto institucional en particular entre las mujeres indígenas que muchas veces se niegan a acceder a los servicios de salud. (26)

La constitución vigente en el Ecuador reconoce al país como multiétnico, plurinacional e intercultural, lo que permite aceptar e impulsar la práctica de la medicina tradicional existente en nuestro país. Es por esto que en el Ecuador se ha desarrollado la estrategia de parto culturalmente adecuado, la misma que persigue capacitar a las personas conocedoras y practicantes de la medicina ancestral reconocidas en la comunidad. El área número 12: Hospital Raúl Maldonado Mejía del cantón Cayambe en la sierra ecuatoriana, es otro ejemplo de humanización de parto, quienes desde el año 2010 han adecuado su espacio y

han capacitado a su personal y comunidad para un parto culturalmente adecuado. (27)

Por último, una revisión bibliográfica realizada en el 2013 por las Matronas de la Universidad de Barcelona, concluye que el cuidado basado en la evidencia y en el conocimiento científicamente sólido es un componente esencial de la atención humanizada al nacimiento; sin embargo, no se debe confundir el modelo humanizado con un movimiento anti tecnológico, ni tampoco con un regreso al pasado que implique una visión idealizada y romántica del parto tradicional. El parto humanizado y culturalmente adecuado debe seguirse practicando y promoviendo desde un punto de vista seguro para la madre, hijo y personal de salud evitándose las técnicas antiéticas o no basadas en evidencia científica. (18)

3. EL AGUA Y SU IMPORTANCIA EN LA MEDICINA

El agua es un elemento de la naturaleza, extremadamente simple pero a la vez con características excepcionales que facilitan el desarrollo de la vida. Está formada por dos átomos de hidrogeno y uno de oxigeno unidos por enlaces covalentes fuertes, por lo que es una molécula estable. (28)

Es indispensable para las funciones vitales como la supervivencia celular, ya que del agua dependen el volumen celular y la homeostasia, además es un

amortiguador y regulador de cambios térmicos, manteniendo la temperatura corporal constante. También transporta nutrientes y metabolitos; y mediante la misma ocurre la excreción de sustancias de desecho. (29)

El agua tiene varios usos, ya sean consuntivos (extraen el agua de su fuente de origen y pueden ser medidos) como recurso industrial ya que es materia prima, enfriante, solvente, agente de transporte y fuente de energía. También para uso doméstico, riego de cultivos y separación de minerales. (30)

Los usos no consuntivos (no pueden ser medidos ya que el agua no es removida de su ambiente natural) del agua son: la generación de energía hidroeléctrica, transporte, pesca y recreación. (30) También es utilizado como tratamiento para múltiples enfermedades o para prevención de las mismas. (31)

La Hidrología es la ciencia que se enfoca en el estudio de las aplicaciones medicinales del agua y sus características Mineralomedicinales, siendo una rama más de la Medicina. Mientras que la Hidroterapia se refiere a las aplicaciones tópicas sobre la piel o mucosas de agua potable común y corriente usada con fines terapéuticos. Cuando se trata de agua de mar toma el nombre de Talasoterapia. (32)

La utilización del agua como medio terapéutico es tan antiguo como la existencia del hombre en la Tierra, desde su utilización por los dioses y su posterior uso por

Hipócrates, quien recomendaba beber agua en grandes cantidades para bajar la fiebre y tratar varias enfermedades. (33)

En la Antigua Roma Galeno y Celso demostraron los efectos curativos del agua, que fueron difundidos en la época e incluso existe un reporte de que el emperador Augusto se benefició de estas propiedades del agua helada. (34)

Sin embargo no es sino hasta principios del siglo XIX que Vincent Priessnitz, llamado padre de la Hidroterapia, empieza a investigar a fondo las bondades del agua como medicina, después de haber sido “curado” tras la aplicación de compresas de agua fría y caliente en sus manos lastimadas por su trabajo. (35)

A pesar de su gran creatividad las técnicas elaboradas por él no se difundieron hasta que Sebastián Kneipp en 1880 las internacionalizó a gran escala ya que se interesó en los trabajos de Vincent Priessnitz aplicando sus técnicas en sí mismo, decidió darse un chapuzón en el río todos los días para revitalizar su sistema inmune y su organismo, obteniendo grandes resultados. (35)

Tal fue la fama de Kneipp, que en 1885 escribió el libro “La curación del agua”, que se convirtió en la base de la medicina naturista y por este, muchos médicos europeos y americanos incluyeron sus técnicas a su práctica diaria.

Para comprender los efectos curativos atribuidos al agua debemos conocer sus propiedades, mecanismos de acción y aplicaciones:

PROPIEDADES MECANICAS DEL AGUA (36)

1. Cohesión y viscosidad: Estas propiedades dan resistencia para realizar movimientos dentro del agua.
2. Principio de Arquímedes (Flotación) Todo cuerpo sumergido en un líquido pierde una parte de su peso igual a la del peso del volumen desalojado del líquido, por ejemplo en el agua dulce el peso de un hombre de 70 kg. se reduce a una décima parte, lo que supone un menor esfuerzo de los miembros y aumento de resistencia en los movimientos de introducción.
3. Presión Hidrostática: Es la presión ejercidas por el agua sobre la parte del cuerpo u objeto introducido en la misma
4. Estimulo Hidrocinético: Estimulo mecánico ejercidos sobre la piel y tejidos producto del agua en movimiento como en duchas, chorros y baños de remolino.

PROPIEDADES QUIMICAS DEL AGUA (32)

Estas propiedades dependen de las sustancias disueltas en el agua, cada una de ellas van a ejercer distintos efectos sobre el organismo, por ejemplo las aguas cloruradas estimulan la secreción y motilidad gástrica e intestinal. Las aguas

sulfatadas son hepatoprotectoras, utilizadas como laxantes y las aguas bicarbonatadas estimulan la secreción pancreática, alcalinizan la orina y el Ph gástrico.

Se debe tomar en cuenta que a pesar de los beneficios de estos tipos de sustancias, también tienen algunos efectos adversos dependiendo el efecto de cada una, provocando en algunas ocasiones estados febriles, dolores articulares, crisis termales, entre otras.

MECANISMOS DE ACCION

Los grandes beneficios del agua, no se deben en si a la misma sino a su capacidad de almacenar y transmitir estímulos térmicos, tanto de frio o como de calor. Así la aplicación de agua caliente produce aumento de la temperatura local, riego sanguíneo y además tiene acción trófica, antiflogística, entre otras. (36)

Mientras tanto la aplicación de agua fría produce vasoconstricción seguida de una vasodilatación reactiva muy duradera. Además según los trabajos de Selye el agua fría activa la respuesta del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, con aumento inmediato y pronunciado de la secreción de ACTH, seguido de una elevación considerable de la producción corticosuprarrenal de cortisol. (34)

Otras de las acciones del agua son exaltación del poder inmunológico de piel y mucosas, liberación y reabsorción de proteínas.

APLICACIONES TERAPEUTICAS (33)

Por sus propiedades mecánicas, las aplicaciones son las siguientes:

- Realización de ejercicio pasivo.
- Fisioterapia para múltiples tipos de lesiones
- La inmersión en agua recupera la movilidad de un segmento corporal, además mejora la propiocepción , equilibrio y coordinación.
- Terapia de relajación
- Reeducción respiratoria

De acuerdo a su temperatura, las aplicaciones son:

TABLA N. 1 APLICACIONES TERAPEUTICAS DEL AGUA DE ACUERDO A SU TEMPERATURA

Como agente calorífico.	Como agente enfriante
- Analgesia	- Disminución de la temperatura
- Aumento de la temperatura local	- Vasoconstricción
- Efecto sedante (aplicado en largos periodos de tiempo, y produce insomnio y excitación colocado en periodos de tiempo cortos)	- Analgesia y relajación muscular
- Antiespasmódico	- Anestésico local
- Disminuye la rigidez articular y periarticular	- Antiinflamatorio

Realizada por: Bolaños Diana, Guerrero Daniela. PUCE. Año 2014.

Otra de las aplicaciones de la Hidroterapia, o también conocida como Balneoterapia es en si el parto en agua, por todas las propiedades mencionadas anteriormente, tomando en cuenta que el agua debe cumplir ciertos requisitos para que se consigan los efectos deseados.

A pesar de todos los grandes beneficios que ha mostrado el agua a lo largo de la Historia de la Medicina, se debe tener en cuenta algunos casos especiales al momento de aplicarla, para evitar efectos no deseados. Tomar en cuenta a:

- Personas con enfermedades cardiacas como ICC, HTA, insuficiencia coronaria y patología vascular periférica, mal controladas o en fase no estable.
- Personas que por enfermedades infecciosas pueden contaminar el agua, siempre y cuando sea compartida con más personas.
- Personas obesas.
- Personas con tendencia a hipotensión.
- Se debe tener en cuenta la termosensibilidad del paciente.
- En el caso de mujeres embarazadas la temperatura no debe sobrepasar los 37 ° centígrados.

4. PRECEPTOS CONTEMPORANEOS DEL PARTO EN AGUA

El parto en agua se define como una variedad de parto en la cual el nacimiento tanto de la cabeza como del cuerpo del bebé se da dentro del agua para posteriormente extraer al recién nacido del agua sin volver a sumergir su cabeza.

Se fundamenta en la teoría del inicio de la vida en el océano y en el hecho de

que durante todo el embarazo, el producto se encuentra desarrollándose en un medio acuático como es el líquido amniótico, por ende la transición de un medio líquido a otro medio líquido representa un cambio menos brusco para el recién nacido reduciendo así el estrés neonatal y posibles complicaciones. (37)

4.1 Ventajas del parto en agua:

Al sumergir en agua a una mujer durante su labor de parto, siempre que cumpla con ciertas condiciones especiales, esta podrá flotar, lo cual permite mayor facilidad en sus movimientos, teniendo libertad para maniobrar y trabajar con sus contracciones y ayudando al descenso del bebe. También hay una mejor circulación sanguínea materno-fetal, lo que provee mejor oxigenación del músculo uterino y mayor cantidad de oxígeno para el bebe. Hay una reducción de la oposición de la gravedad que proporciona facilidad de movimiento y conservación de la energía. (38)

Estudios afirman que las ventajas para la madre cuando se usa el agua como un medio para el nacimiento de un ser humano son: reducción del dolor (por una mejor respuesta hormonal y liberación de endorfinas), incremento en el diámetro funcional de la pelvis real, incremento en la calidad de las contracciones, mejor

posicionamiento de la madre durante las distintas etapas del parto, menor necesidad de analgesia, menor intervención médica, entre otras. (39)

Además el agua crea una condición de disminución de peso corporal, lo cual iguala la presión en todo el organismo y permite la conservación de energía e induce relajación por liberación de péptidos endógenos opioides (40). Los beneficios para el bebe incluyen una fácil transición hacia la vida extrauterina, reduce los efectos de la analgesia farmacológica administrada a la madre, además de la reducción del uso de anestesia epidural. (41)

En 1996, una revisión retrospectiva, que incluyo 19000 partos en agua, alrededor del mundo, concluyó que hubo una disminución de la instrumentación durante el parto, menor número de partos asistidos por un profesional, menor necesidad de medicación analgésica y no hubo aumento de la morbi-mortalidad materna ni del recién nacido. (42)

Otro punto importante sobre los resultados del parto en agua son las lesiones perineales en las parturientas, que según han descrito varios autores, al dar a luz en agua existe una menor necesidad de realizar episiotomías y una menor incidencia de desgarros. (43) Pero los resultados sobre esta variable son divididos.

Un estudio observacional prospectivo en Suiza, demostró que los nacimientos en agua, tuvieron una menor necesidad de analgesia, menor rango de episiotomía y menor incidencia de desgarros de tercer y cuarto grado. (44)

En otro estudio de casos y controles, realizado en el año 2001 en Austria con 140 mujeres, se encontró un menor rango de episiotomías y traumas vaginales en el grupo sometido a parto en agua, sin embargo la frecuencia de desgarros perineales fue similar en los dos grupos. (45)

4.2. Desventajas del parto en agua:

A pesar de los resultados sobre los beneficios del parto en agua, también han sido reportados efectos adversos como la posibilidad de infecciones en el recién nacido y la madre, y también problemas respiratorios para el producto (47). En muchos de los estudios se reporta una mayor frecuencia de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos para los nacidos por partos en agua (46). Esta premisa se la atribuye a que existe poca evidencia y estandarización de protocolos por parte de organismos principales en lo referente a gineco-obstetricia que establezcan como se debe llevar a cabo un parto en agua y sobre todo como manejar adecuadamente la tercera fase del parto. (48)

En las revisiones sistemáticas realizadas, los resultados sobre el parto en agua son variados. Por ejemplo en una revisión sistemática de Cochrane sobre el parto en agua, en el cual se incluyeron 3 ensayos, con 988 parturientas, no se encontraron beneficios en el alivio del dolor, el curso de la labor, el trauma perineal así como ninguna diferencia en cuanto a los recién nacidos. (49)

En otra revisión de Cochrane, realizada en el 2008 se incluyeron 2939 mujeres, y se encontró una reducción estadísticamente significativa en el uso de analgesia/anestesia epidural/raquídea/paracervical entre las mujeres asignadas a la inmersión en agua durante el período dilatante del trabajo de parto comparado con aquellas no asignadas a la inmersión en agua. En cuanto al dolor las mujeres que usaron la inmersión en agua durante el período de dilatación informaron un dolor estadística y significativamente menor que aquellas que no realizaron el trabajo de parto en agua (40/59 versus 55/61) y no hubo diferencia significativa en la incidencia de una puntuación de APGAR menor que 7 a los cinco minutos. (49)

Pero no todos los efectos del parto en agua se limitan a los parámetros biológicos, sino también a los efectos emocionales que tiene sobre la mujer que decide experimentarlo. Muchas de ellas refieren haber vivido el nacimiento de sus hijos como una experiencia satisfactoria, en cuanto a su esfera psicológica y afectiva. (50)

La mayoría de mujeres que usan el agua en la labor de parto o el nacimiento han reportado experiencias positivas, predominantemente debido a tener una mayor sensación de control en la forma en la que manejan su labor y el nacimiento. Mientras que un número pequeño de mujeres no disfrutaron esta experiencia debido a varias razones como el poco apoyo del personal y agua demasiado fría.

5. PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS PARA EL PARTO DE INMERSIÓN EN AGUA. PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

En un esfuerzo poco fructífero por encontrar protocolos Latinoamericanos sobre el parto en agua, las siguientes descripciones se basan en protocolos y guías norteamericanas y australianas y en la práctica diaria en la Clínica Primavera en Quito – Ecuador.

a) ¿Cuáles son las contraindicaciones para un parto en agua?

Según protocolos internacionales las contraindicaciones son (55) (51):

- <37 semanas de gestación
- Embarazo múltiple
- Preeclampsia

- Hemorragia postparto previa
- Diabetes insulino dependiente
- Herpes activo
- VIH
- Abuso de alcohol o drogas
- Enfermedades musculo esqueléticas
- Presentaciones no cefálicas
- Restricción de crecimiento intrauterino
- Factores de riesgo para distocia de hombros
- Presencia de meconio pesado. Si la frecuencia cardíaca fetal es normal la madre puede usar la bañera durante el trabajo de parto pero no para el nacimiento.
- Fiebre materna o infección (temperatura >37.6 C)
- Anormalidad en la frecuencia cardíaca fetal
- Uso de narcóticos o analgésicos sistémicos en las últimas 4 horas

Las contraindicaciones relativas ó negociables son:

- Estreptococo Grupo B positivo
- Ruptura prematura de membranas mayor a 18 horas
- Parto inducido

Algunas contraindicaciones mencionadas por el Dr. Diego Alarcón, director de la Clínica la Primavera (52):

- Infecciones Maternas: Hepatitis, Sífilis, VIH.
- Distocias de presentación: podálicos, de nalgas, transverso.
- Embarazos múltiples.
- Eclampsia, no preeclampsia.
- Parto pre término antes de la semana 34.
- Monitoreo fetal con desaceleraciones.
- Cualquier indicación de cesárea como placenta previa, desprendimiento placentario, etc.

Según protocolos de la Clínica la Primavera NO son contraindicaciones para parto en agua las siguientes (52):

- Síndromes o malformaciones detectadas antes del nacimiento.
- Infección de vías urinarias de la madre.
- Infección vaginal.
- Ruptura prematura de membranas.
- Preeclampsia con embarazo a término.
- Infección de la madre por HPV.
- Diabetes gestacional.
- Circular de cordón.

- Toxoplasmosis.

b) ¿Cuál es el equipo esencial utilizado? (53) (55)

- Una tina portátil o permanente
- Un Doppler impermeable o conexiones impermeables del monitor fetal.
- Un termómetro (puede ser flotante)
- Guantes que llegan hasta el hombro
- Ropa impermeable para la partera o el médico
- Gafas
- Un tamiz para remover heces maternas o contaminantes
- Rodilleras, cojines
- Toallas extras y frazadas de bañar
- Equipo para el parto
- Equipo de calor radiante y de resucitación para el infante (así como en todos los partos)

c) ¿Cuáles son las características del agua utilizada?

Según protocolos nacionales e internacionales, el agua utilizada es agua normal (51) (52) (53) (55), no es necesario añadir agentes desinfectantes ni esterilizarla. Hay muchos estudios que han demostrado la seguridad de la inmersión en agua y

según la experiencia en la clínica La Primavera no hay riesgo de infecciones. En el oriente ecuatoriano algunas comunidades indígenas reciben a sus bebés en ríos ó lagunas, en Europa, han nacido cientos de niños en el mar mediterráneo, etc. Según el Dr. Diego Alarcón, el problema es que nos han vendido una idea quirúrgica alrededor del parto que hace que este sea manejado habitualmente como una cirugía en ambientes innecesariamente estériles, que rompen el encuentro natural entre mamá y bebé y el aporte inmunológico de las primeras horas de vida.

Por otro lado, se recomienda que la temperatura del agua se encuentre entre 35 y 37 grados centígrados (51). No debe exceder los 37 grados ya que el feto tiene 1 grado más de temperatura que la madre. El sobrecalentamiento de la madre, puede llevarla a sufrir deshidratación, con la consecuente taquicardia fetal. El agua muy fría puede llevar a un estímulo respiratorio prematuro del recién nacido de acuerdo a algunos estudios (54). Los protocolos internacionales, no prohíben la toma de líquidos durante el parto, al contrario, recomiendan que se incentive la misma para una hidratación materna adecuada. La temperatura del agua debe ser tomada con un termómetro cada hora. (55)

Si el agua es contaminada en exceso por heces maternas u otros productos de desecho, la madre será removida del agua temporalmente para realizar la

limpieza de la tina y el cambio del agua, o se trasladará a la madre a otra bañera que esté preparada. (55)

La bañera debe estar llena de tal manera que el agua llegue al pecho de la madre.

La madre podrá elegir la posición que ella desee dentro del agua. Ni los familiares, ni el personal de salud podrán ingresar al agua, y no deberán dejar sola a la madre en ningún momento. (55)

Es protocolo de la Clínica la Primavera (52):

- Realizar un enema evacuante a la madre antes de la inmersión en agua para evitar contaminación de la misma con heces fecales.
- Realizar recambios del agua de la bañera durante la labor de parto de ser necesario.
- Monitorizar la frecuencia cardíaca fetal tanto como sea necesario dentro de la bañera con un equipo doppler especial a prueba de agua.
- La madre podrá tomar los líquidos que ella desee e incluso comer lo que se le antoje durante la labor de parto.
- La madre podrá cambiar de posición y salir de la bañera cuando ella lo necesite.

d) ¿En qué momento se realiza la inmersión de la madre en el agua?

Algunos protocolos sugieren que sea la madre la que determine el momento en el que ella desee ingresar al agua. Otros recomiendan que la inmersión se realice pasados los 4 cm de dilatación y cuando el ritmo de las contracciones esté bien establecido ya que afirman que el agua puede disminuir la frecuencia de las contracciones y prolongar el parto. (53) (55) En la clínica La Primavera, la inmersión se realiza cuando la paciente ha iniciado su período expulsivo, el mismo que se determina cuando esta presenta sensación de pujo inminente. No se realizan tactos para comprobar una dilatación completa ya que estos se han restringido a la menor cantidad posible. (52)

e) ¿En qué momento la madre debe salir del agua?

La madre saldrá del agua durante el primer o segundo tiempo del parto únicamente por situaciones de fuerza mayor como distocias, partos complicados, hemorragias, necesidad de cesárea, necesidad de orinar o defecar, necesidad de cambiar el agua.

Sin embargo protocolos internacionales (55) recomiendan que la tercera etapa del parto o alumbramiento de la placenta, se realice fuera del agua como en los partos tradicionales por la dificultad que existe en el manejo de la hemorragia

dentro del agua, por riesgo no comprobado científicamente de embolias maternas por burbujas de agua y para revisar y reparar de manera más adecuada la presencia de desgarros perineales. El recién nacido no debe ser separado de la madre en ningún momento y se impulsará el amamantamiento precoz incluso antes de salir del agua.

En la clínica la Primavera (52) se realiza el proceso de alumbramiento placentario dentro del agua. La madre saldrá únicamente cuando sea necesario controlar algún tipo de hemorragia o reparar desgarros de 2º y 3º grado. En la clínica la Primavera no se realizan episiotomías y nunca se ha evidenciado un caso de embolia placentaria en más de 3000 partos.

f) ¿Puede el parto en agua ser convertido en cesárea?

Si, en ciertos casos especiales en los que la labor de parto se encuentra detenida o no hay cambios en el descenso del bebé por más de tres horas o en su defecto se evidencian desaceleraciones patológicas en la frecuencia cardíaca fetal, la madre deberá salir de la bañera y ser preparada para una intervención quirúrgica. Todo centro donde se realice parto en agua deberá contar con quirófano para la realización de cesáreas. (52)

g) ¿Cómo es el nacimiento del bebé bajo el agua?

Cuando la cabeza del bebé sale, el médico o partera presente no se apresurará y no realizará maniobra alguna para extraer el cuerpo del bebé si no es necesario. Con paciencia y calma esperarán que la mamá vuelva a pujar y dejarán que se produzca el nacimiento del bebé sin mayor intervención. Una vez que el bebé ha nacido, lo sacarán inmediatamente del agua sin volver a sumergir su cabeza, y se lo entregarán a la madre para que se inicie la lactancia y el contacto piel con piel de manera temprana. El cordón umbilical será cortado por el padre si éste lo desea, una vez que haya dejado de latir y mientras el recién nacido se encuentra lactando. Enseguida se producirá el alumbramiento de la placenta. (52) En la clínica la Primavera no se utiliza oxitocina intramuscular para estimular este período sino que por medio de la lactancia temprana, se estimula la producción de oxitocina endógena, la hormona del amor, que permite al alumbramiento darse eficazmente. Cuando la madre está lista para salir de la bañera, el bebé es entregado al neonatólogo quien tomará las medidas antropológicas correspondientes y realizará el examen físico de rutina al recién nacido, para luego entregárselo al padre. Posteriormente se respetará el alojamiento conjunto, es decir la estancia del bebé junto a la madre hasta que ella sea dada de alta, lo que generalmente se produce en las primeras 12 a 24 horas postparto. De haberse

producido algún desgarro en el periné materno, este se reparará fuera del agua mientras el padre se encuentra con el bebé.

h) ¿Cómo se realiza la limpieza de las bañeras? (ANEXO # 3)

Toda institución que realice esta práctica debe manejar la asepsia y antisepsia del lugar siguiendo las normas y protocolos de cada entidad regulatoria a la que pertenezca (51) (52) (53) (55). Por ejemplo:

1. Cualquier despojo que se acumule mientras la madre esté en la tina debe ser quitado lo más pronto posible (utilizando la red u otro tipo de tamiz), especialmente antes de desaguar el jacuzzi.
2. La tina será refregada después de cada uso con una solución antibacterial como una solución clorada. En el caso de la clínica la Primavera el material empleado es Hipoclorito de sodio, el mismo que se deja reposar por 30 minutos.
3. Si la tina es de chorros, se los abre y se los deja correr por 15 minutos.
4. Si el sistema de filtración para la tina es accesible, se debe inspeccionar y limpiar el aparato de filtración de acuerdo con las instrucciones establecidas por el fabricante después de cada uso.
5. Se deben tomar cultivos de bacteria del desagadero y los chorros mensualmente y documentarlo en el organigrama de limpieza/cultivos de la tina.

6. Se adjunta en anexo el protocolo de desinfección del área de parto en agua, tanto tinas como sala de masajes y camillas en la clínica la Primavera.

6. RELACIONES E INTERACCIONES DEL SISTEMA DE SALUD EN LA ATENCIÓN DEL PARTO EN ECUADOR

Ecuador es considerado un país multiétnico y plurinacional, lo que condiciona la existencia de complementariedad entre los sistemas médicos. En nuestro país existen sistemas de salud en cada cultura, teniendo cada una de ellas una concepción diferente del parto, que de una u otra forma tienen algunas coincidencias. (56)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, respetando el principio de la globalización de la economía y la cultura, legaliza y legitima a los actores de la medicina ancestral, que fundamentan su arte de curar, ofrecer protección, mantener el equilibrio social y familiar, en el equilibrio de la naturaleza, en la interculturalidad como concepto de la relación interpersonal, grupal y estructural entre los diferentes grupos sociales de diversas culturas, en el que unos y otros aceptan su modo distinto de ser y logran autoidentificación cultural. (57)

De acuerdo a la región geográfica, las personas que aplican la medicina ancestral toman distintos nombres, por ejemplo son conocidos como Yáchac o Taitas en la nacionalidad kichwas, así como Ponelas en la nacionalidad tsáchila, en la región de la sierra. (58)

Mientras tanto en la Amazonia se les conoce como Yagé Jujuque e Inti Paiki en la nacionalidad secoya; Uwishines en la nacionalidad shuar y achuar; Iroi en la nacionalidad huaorani y Shímano en la nacionalidad zápara. En la región interandina, los curanderos son conocidos como Jambic runas, los sobadores como Jacuc runas y las parteras como Wachachik ; mientras que en la región de la Costa se los conoce como curanderos cuando usan los elementos de la naturaleza, sobadores cuando curan con huevo de gallo y gallina, cuy; hueseros cuando corrigen las safaduras y lisiaduras; hierbateros aquellos que curan con plantas medicinales y parteras o comadronas si atienden partos. (58)

A pesar de la propuesta del Ministerio de Salud, según Cunningham existen varias maneras en las que los sistemas de salud se relacionan, de la siguiente manera:
(59)

TABLA N 2. INTERRELACION ENTRE LOS DISTINTOS SISTEMAS DE SALUD

Enfoque	Principio	Concepción intercultural del parto
Paternalista	Reconoce la diversidad cultural pero no la integra a su práctica. Las necesidades de las minorías étnicas no son respetadas.	Las parteras son concebidas como Mujeres ignorantes, que no tienen aseo ni conocimientos de enfermería y carecen de conocimientos científicos.
Culturalista	Reconoce las diferencias interculturales, lingüísticas y folklóricas pero no entienden el sistema de representaciones culturales	Generalmente las mujeres indígenas son tomadas como “conejiillo de indias” para que puedan practicar en ellas la atención de un parto.
De convivencia	Retroalimentación entre el sistema médico oficial y tradicional.	Incorporación de parto humanizado vertical en centros de salud.
Autonómico	Los derechos de cada pueblo o grupo étnico son respetados.	Los partos son atendidos en el sitio en donde se desarrolla su cultura sin intervención de médicos. Además aplican sus técnicas tradicionales y rituales.

Realizada por: Bolaños Diana, Guerrero Daniela. Año PUCE 2014.

En nuestro país el Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Pública contempla el Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural, en el cual el control prenatal, parto y lactancia tienen consideraciones especiales ya que aseguran un desarrollo infantil integral pleno. (58)

Uno de los objetivos de la estrategia Nutrición - Acción- Desnutrición 0 es desarrollar las destrezas y habilidades del personal del MSP para mejorar la calidad de atención, incrementar las coberturas de atención en el control prenatal para asegurar por lo menos cinco controles a las embarazadas, seis controles a los niños en su primer año de vida y la atención institucional al parto. (59)

Además considera que el Buen Vivir en el ámbito de la Vida Sexual y Reproductiva significa tener una vida sexual placentera, segura, que la maternidad sea una opción y no una obligación, que cada embarazo sea deseado, que todos los partos sean seguros y que las mujeres no pierdan la vida al dar la vida. (59)

Lo anteriormente mencionado nos demuestra que el parto está concebido como un acontecimiento trascendental, no solo para una mujer sino para una sociedad por lo que debe tener los cuidados necesarios y ha de desarrollarse de una manera culturalmente adecuada de acuerdo a las creencias y convicciones de la madre y de su familia.

Además el Plan Nacional del Buen Vivir también tiene como objetivo promover el parto culturalmente adecuado con un importante reconocimiento,

revaloración, y recuperación de saberes y prácticas culturales de la medicina ancestral. (58)

Se implementó este modelo en Agosto del 2010 en el Hospital Raúl Maldonado Mejía del Cantón Cayambe, donde las mujeres y sus parejas son protagonistas del nacimiento de sus hijos con el acompañamiento de personal de salud institucional y comunitario calificado. En donde se obtuvieron resultados positivos ya que las mujeres eligieron la posición en el momento del parto y quien las acompañara en el, entre otros beneficios. (59)

Las interacciones de los Sistemas de Salud en Ecuador, cada día tienen mejores resultados y sobre todo mejor acogida ya que cada vez es más respetada la manera de atender un parto en cada cultura. Lo importante de esto no es solo respetar cada sistema, ni que los sistemas culturales de salud funcionen de manera aislada, sino que se fusionen dichos sistemas para beneficio de la población.

7. PREFERENCIAS DE LA MUJER DE NUESTRO MEDIO ACERCA DE LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO

Un estudio realizado en el año 2010 por alumnos de la facultad de diseño industrial de la Universidad de las Américas (60) con el afán de conocer cuáles

son las preferencias de la mujer de la provincia de Pichincha durante el parto para así diseñar elementos de asistencia para el mismo, describe que:

1. Al 88% de las mujeres entrevistadas les gustaría o les hubiera gustado que sus hijos nazcan por medio de parto vertical en agua.
2. Si pudieran escoger una manera de traer a sus hijos al mundo, el 73% preferiría el parto humanizado, 10% cesárea, 10% parto vertical, 4% parto hospitalario en litotomía.
3. Las principales causas de molestia entre las mujeres que han tenido uno o más partos hospitalarios son en orden descendente: Posición, número de tactos, temperatura, inmovilidad, no privacidad, ambiente instrumental, mesa de parto, correas y piñeras, tipo de atención y lugar.
4. Los requerimientos principales para la mujer al momento de dar a luz son en orden descendente: ambiente acogedor, compañía especial, intimidad, poder caminar, cambio de posición, libertad para expresarse, bailar/estirarse, otros.
5. De 18 videos de parto en agua revisados para la elaboración del estudio, la postura preferente al dar a luz es en cunclillas, seguida por la postura de rodillas y semisentada.
6. De 36 videos revisados por la autora, al comparar el parto vertical en agua con el parto vertical en seco y el parto tradicional, el primero parece

brindar a la madre y familia mayor confort, control en el proceso, movilidad, contacto piel con piel, y menor esfuerzo en la labor de parto.

En un estudio observacional realizado en España y denominado “Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto”, se relata la historia de una mujer ecuatoriana inmigrante:

"Acude a urgencias una mujer ecuatoriana, embarazada de su cuarto hijo, que hace dos meses llegó a España. No la acompaña nadie. La exploración evidencia que el parto está bastante avanzado. Procedemos a efectuar el protocolo habitual: rasurar el periné, encamar, monitorizar el latido cardiaco fetal y canalizar una vía venosa. Conforme realizamos estas actividades, denota incomodidad y extrañeza. Reiteradas veces nos dice que le quitemos las "correas" y que quiere andar. Le decimos que no puede levantarse de la cama. En el momento de la amniorrexis artificial, pregunta: "¿Por qué haces esto?". Rápidamente alcanza la dilatación completa. Sin embargo, a pesar de tener unas contracciones de expulsivo con suficiente intensidad, no empuja. Decidimos pasarla a paritorio. Cuando comenzamos a decirle en tono imperativo que debe empujar, contesta: "Déjenme ponerme de cuclillas". La mujer se pone en cuclillas y la salida del bebé es inmediata". (61)

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el año 2011 en el Ecuador, la atención profesional a los nacidos vivos y sus madres se incrementó debido a las políticas de salud que ha implementado el gobierno, pues el 91,24% de partos se los realiza con algún tipo de asistencia profesional, sobresaliendo la región Costa con 110.686 nacidos vivos y la Sierra con 89.973 nacidos vivos.

En el área urbana, el 95,28% pertenece a casos con asistencia profesional, mientras que el 4,78% restante corresponde a casos sin ningún tipo de asistencia. La región Costa presenta 104.672 nacidos vivos que recibieron asistencia médica, la Sierra contó con 76.893 casos, y, la Amazonía con 8.446. Por otra parte, en el área rural existen menos casos de asistencia profesional (72,03%) que en el área urbana. De este porcentaje el mayor número pertenece a la región Sierra (16.866), seguido de la Costa (9.721) y la Amazonía (1.765). La región que presenta el mayor número de nacidos vivos sin ningún tipo de asistencia es la Sierra con 10.319 casos de los cuales 6.533 casos pertenecen al área rural.

Estas mismas mujeres con tipo de asistencia profesional en el parto son las que tienen un nivel de instrucción secundaria (39,64%) mayor; por el contrario, el mayor número de mujeres que no recibieron asistencia en el parto tienen instrucción primaria (63,84%).

Sin embargo, el anuario de estadísticas vitales, nacimientos y defunciones del Ecuador, no describe las preferencias maternas sobre el tipo de parto, ni compara la modalidad del mismo (vertical, en agua, humanizado, cesárea, parto tradicional) con la mortalidad materna o neonatal, enfocándose únicamente en la implementación de atención profesional en el parto. Cabe resaltar que según la OMS, en Latinoamérica, varios países han dado pasos muy significativos e importantes para disminuir la mortalidad materna, como es el caso de Uruguay, que en el período 1990-2013 consiguió reducirla en un 67 %, Perú en un 64 % y Ecuador en un 44%. (62)

8. EL DOLOR DE PARTO Y SUS IMPLICACIONES CULTURALES

El dolor es una experiencia sensorial subjetiva, ligada con una sensación desagradable o molesta ya sea esta en el cuerpo o en el espíritu. Su interpretación antropológica se remonta a la existencia del bien y el mal, relacionándose al dolor siempre con el mal, con sufrimiento e inclusive muchas veces con castigo. El dolor como vivencia, es diferente en cada individuo, fundamentándose en el grado de nocicepción del mismo y en su compleja configuración sociocultural y étnica. (63)

Así mismo el dolor del parto y los esfuerzos por disminuirlo son tan antiguos como la misma humanidad. En el libro del Génesis (3-16), Dios se dirige a Eva diciéndole “Parirás a tus hijos con dolor”, desde allí que la concepción del dolor como castigo haya sido implantada por la religión en muchas culturas.

Para los científicos, el dolor es un mecanismo de alerta, una herramienta de mucha ayuda que permite determinar si algo anda mal dentro de nosotros. Sus características ayudan a los médicos a descubrir dónde se encuentra el problema para de esta manera buscar una solución. En la filosofía China, la dualidad placer-dolor constituye un elemento fundamental para el equilibrio y armonía de lo existente. ¿Si no experimentamos sufrimiento cómo hemos de saber cuándo sentimos gozo o placer? Lao Tse lo dijo así: “solo reconocemos el mal por comparación con el bien”. (64)

Es necesario referirse al parto y al dolor que en él se vive, como un acontecimiento no solo médico/fisiológico sino también cultural, fuertemente ligado al ambiente, estado psíquico, nivel socio-económico y temperamento de la madre, convirtiéndose su medición y tratamiento, en un reto para la medicina moderna.

El término que se utiliza para referirse al temor exagerado al parto es “tocofobia”. Este temor es muchas veces fomentado por historias de familiares o amigas o por experiencias desagradables en partos previos. La mujer que va a dar a luz por primera vez teme a lo desconocido y se deja llevar por ecos de integrantes de su esfera social, desmotivándola, debilitándola y creando ansiedad especialmente en el último trimestre de embarazo cuando el momento está por llegar. Este antecedente lleva a la mujer a optar por cesáreas o métodos anestésicos muchas veces innecesarios. (65)

En algunos grupos étnicos como en ciertas comunidades de indios nativos americanos los dolores para la mujer son llamados “dones”, ya que cada contracción uterina la ayuda a dar la vida y la lleva un poco más cerca del cumplimiento de su máximo anhelo: el nacimiento de su hijo. Así mismo, los definen “dones” para el bebé, ya que les enseñan el ritmo de la vida y lo preparan para su existencia en el mundo. Para los pueblos nativos, el dolor del parto puede transformarse en alegría precisamente a través de la creciente concienciación.

Algo más a tener en cuenta es que no siempre un parto sin dolor se relaciona con un mayor nivel de satisfacción de la madre con respecto a la experiencia del parto.

Así lo demuestran Leap y Anderson en su revisión sistemática en la cual varias mujeres que recibieron anestesia epidural refirieron menos satisfacción que aquellas que dieron a luz sin anestesia. (66)

Varios factores demográficos moderan el dolor y la satisfacción al momento del parto. El estado civil es uno de ellos, siendo un factor protector para las mujeres con relaciones estables, cuya pareja interviene y ayuda en el proceso del parto (Norr et al). Un bajo nivel socioeconómico está relacionado con dificultad para acceder al sistema de salud o a psico-profilaxis del parto, afectando negativamente en el dolor (Beck et al, Lowe) y en la satisfacción del mismo (Quine et al). Las mujeres primíparas experimentan mayor dolor que las multíparas, posiblemente por tener diferentes expectativas o por influencia sociocultural. (Melzack et al). Los partos inducidos suelen ser más dolorosos y se relacionan con una baja satisfacción con la experiencia del parto, muchas veces por falta de control personal sobre el mismo (Morgan et al). Un embarazo deseado y planeado, se correlaciona con el nivel de dolor inversamente, probablemente por motivación materna para buscar la salud y bienestar de su hijo y desarrollar conductas de imitación. (67) (68)

Se ha definido al dolor obstétrico como una sensación desagradable causada por la contracción del músculo liso uterino y el paso del feto por el canal del parto.

Durante la primera fase del parto el dolor es la manifestación de la dilatación del cérvix uterino y del alargamiento del segmento uterino inferior. La inervación de estas estructuras viscerales, procede principalmente del sistema simpático, pero también del sistema cerebro espinal y parasimpático. Durante la segunda etapa del parto el dolor proviene de la dilatación y estiramiento de las estructuras perineales, a través del nervio pudendo, cuyo origen está en los segmentos S2-S3-S4. (69)

Algunas reacciones al dolor son hiperventilación, vasoconstricción en el útero y placenta, reducción del oxígeno fetal, aumento del consumo de oxígeno, aumento del gasto cardíaco, elevación plasmática de endorfinas, estimulación de angiotensina I y II, elevación de ácidos grasos, entre otros.

En la práctica médica, existen varios instrumentos para la medición del dolor, entre estos los más conocidos y utilizados son: el Cuestionario de Dolor de Mc Gill, la Escala de grises de Luesher, Escala de Andersen y la Escala Visual Análoga (EVA), la misma que mide el dolor del 0 al 10, siendo su interpretación de 0-4 dolor leve, de 5-7 dolor moderado y de 8-10 dolor severo. (70)

Melzack et al, en sus estudios sobre el dolor de parto aplicando el cuestionario de dolor de Mc Gill, elaboraron las siguientes observaciones (71):

1. Alrededor del 60% de nulíparas y del 46% de multíparas experimentan durante el parto un dolor intenso, muy intenso o intolerable.
2. El dolor aumenta a medida que progresa el parto pero con un patrón de variabilidad individual muy alto.
3. El empleo de técnicas de relajación, respiración, explicación del proceso del parto, parece ser eficaz únicamente en nulíparas aunque en ningún caso se acompaña de reducciones importantes del dolor.
4. La intensidad del dolor de parto es mayor que en entidades médicas como el cáncer, artritis, problemas dentales, traumatismos, neuralgia post herpética. Únicamente el dolor por una amputación de un dedo o una causalgia superan en intensidad al dolor de parto.
5. El dolor de parto presenta una distribución espacial que varia, distinguiéndose tres patrones diferentes: dolor abdominal asociado a contracciones, dolor lumbar intermitente también asociado a contracciones y dolor continuo en la región de espalda baja el mismo que tiene una intensidad mayor que los dos anteriores.

Uno de los retos de la medicina a lo largo de la historia ha sido la mitigación del dolor durante la labor de parto. Así en la década de los 50 se utilizaban métodos psicoprofilácticos vigentes hasta la actualidad, en los años 60 se inicia el uso de anestésicos generales como el pentotal, en los 70 comienza a utilizarse la

analgésia locorregional. La primera analgesia obstétrica fue colocada en 1847 por el ginecólogo escocés Thomas Simpson, quien administró éter inhalado a una parturienta durante una distocia de nalgas con resultados muy satisfactorios, sin embargo este tipo de anestesia no estaba libre de complicaciones como depresión respiratoria y muerte para la madre y el feto. Como consecuencia de estos acontecimientos y con el descubrimiento de fármacos derivados de la morfina y opioides, la analgesia y anestesia del parto ha ido avanzando a pasos agigantados, con técnicas cada vez más seguras y eficaces pero no libres de efectos adversos. (72)

9. DESGARROS PERINEALES COMO COMPLICACIÓN DEL PARTO

Los desgarros perineales se definen como la pérdida de la continuidad de los tejidos que se encuentran entre la vulva y el ano, ocurre en más del 65% de partos vaginales ya sea de manera espontánea o de forma secundaria a una episiotomía. (73)

En el periodo expulsivo la vagina y el periné son atraídos hacia arriba por causa del útero en contracción, al mismo tiempo que son distendidos a causa del feto que está descendiendo, y así se produce el desgarro. (74)

Estos desgarros pueden ser producidos por fetos grandes, parto distócico, fetos en occípito-posterior, en expulsivo acelerado, utilización de fórceps, cicatrices previas, periné estrecho, uso de analgesia peridural, inducción del trabajo de parto, entre otras. (75)

Pueden ser prevenidos con la protección adecuada del periné y realización de episiotomía, sin embargo esta no debe ser realizada de manera rutinaria pero se realiza hasta en un 60 % de los partos y en 90% de las primíparas. La episiotomía debe realizarse en casos especiales únicamente y se recomienda que sea medio-lateral. (73)

Los desgarros son una complicación intraparto que puede ser diagnosticada fácilmente por el sangrado rojo rutilante durante el periodo expulsivo y se debe explorar el canal genital cautelosamente para determinar la existencia del desgarro y su extensión con el fin de clasificarlo, de la siguiente manera:

TABLA N 3. CLASIFICACIÓN DE LOS DESGARROS PERINEALES

Grado	Lesión Anatómica
Primer Grado	Piel perineal
Segundo Grado	Lesión de músculos perineales sin afectar al esfínter anal.
Tercer Grado	Lesión que afecta al esfínter anal
	3a) Desgarro de menos del 50% del grosor del EAE
	3b) Desgarro de más del 50% del grosor del EAE
	3c) Desgarro del EAE y el esfínter anal interno (EAI)
Cuarto Grado	Lesión del esfínter anal interno y externo y mucosa rectal

Fuente: Protocolo: Lesiones perineales de origen obstétrico. Hospital Universitario Clínico de Barcelona. Servicio de Medicina Materno-Fetal. Última Actualización: 18 de Febrero del 2014. (76)

Todos deben ser reparados con el material de sutura adecuado para cada tejido, dependiendo el grado de desgarro. Una de las diferencias es que los desgarros de tercer y cuarto grado se consideran como lesiones contaminadas por lo que se debe administrar profilaxis antibiótica. (76)

Las complicaciones de los desgarros pueden ser infección y dehiscencia de suturas, dispareunia, prolapso genital e incontinencia fecal. Por lo que necesitan seguimiento por parte del médico y prevención para evitarlos en un parto futuro. (76)

10. FASES Y MECANISMO DEL PARTO

Con el afán de dar a conocer el proceso del parto, es necesario definir el concepto de parto normal como un proceso fisiológico, espontáneo, de bajo riesgo, cuyo objetivo es la culminación del embarazo. El trabajo de parto es el período que comprende desde el inicio de contracciones uterinas regulares, dolorosas y cada vez más constantes, capaces de provocar cambios cervicales, hasta el alumbramiento o expulsión de la placenta y sus anexos (77).

Después de un trabajo de parto que ha transcurrido dentro de los márgenes de la normalidad, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones. Debemos tomar en cuenta que muchos embarazos catalogados como de bajo riesgo, pueden tornarse dificultosos en cualquiera de las etapas de la labor de parto mientras que algunos embarazos de alto riesgo, pueden cursar con un trabajo de parto y parto completamente normales. (78)

Podemos clasificar al parto como eutósico, el mismo que se inicia y concluye de manera espontánea sin que surjan complicaciones durante este, y distósico, en el cual se requiere de intervención médica para la finalización del parto por presentar algún tipo de complicación en el transcurso del mismo. Generalmente los trabajos de parto distósicos terminan en partos vaginales instrumentados, en cesáreas, o requieren de medicación y maniobras obstétricas para su culminación.

Fases del trabajo de parto:

Como se ha mencionado anteriormente, el trabajo de parto se inicia cuando las contracciones uterinas son lo suficientemente rítmicas, intensas y prolongadas como para producir el borramiento, la dilatación del cuello uterino y el descenso del feto (79). Se confirma el diagnóstico de labor de parto cuando la madre presenta mínimo 3 contracciones dolorosas en 10 minutos de al menos 40 segundos de duración cada una junto con cambios cervicales. Podemos dividir al trabajo de parto en 3 fases:

10.1 Primera Fase - Dilatación y Borramiento:

Se subdivide en 2 fases:

10.1.1 Fase latente: En la cual la actividad uterina es irregular y leve pero capaz de producir modificaciones cervicales y una dilatación

menor a 4 cm. Aquella actividad uterina irregular y leve que no produce cambios cervicales, es conocida como Falso Trabajo de Parto. Se considera prolongada a la fase latente cuando esta excede 20 horas en la nulípara y 14 horas en la multípara. (79)

10.1.2 Fase activa: En la cual las contracciones son más frecuentes, regulares e intensas. La dilatación es mayor de 4 cm y menor de 10 cm y se produce de manera más rápida así como el descenso del producto. Se la ha subdividido en 3 fases: aceleración, máxima pendiente y desaceleración. Según Friedman, en esta fase se presentan la mayor parte de anomalías de detención y retraso en la labor de parto siendo de un 25% en nulíparas y 15% en multíparas. Las principales razones son desproporción céfalo-pélvica, anestesia y sedación materna, analgesia regional, posiciones fetales anómalas y productos macrosómicos.

10.2 Segunda Fase – Expulsivo: Este período es alcanzado cuando la madre presenta 10 cm de dilatación del cuello uterino acompañado por pujo inminente con cada contracción y en muchas ocasiones por la ruptura de membranas si éstas se encontraban íntegras. La segunda fase tiene su desenlace con la expulsión del recién nacido. La duración

promedio en nulíparas es de 50 minutos y en múltiparas es de 20 minutos.

Expulsivo prolongado: Según la ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) se define cuando su duración sobrepasa en las nulíparas las 3 horas con epidural, y las 2 horas sin epidural; y en gestantes múltiparas, su duración es mayor de 2 horas con epidural, y 1 hora sin epidural. (80)

10.3 Tercera Fase – Alumbramiento: Corresponde a la salida de los anexos fetales como son la placenta y las membranas. Comienza inmediatamente después de la expulsión del recién nacido y por lo general sucede dentro de los primeros 5 minutos. Algunos signos de desprendimiento placentario son: útero firme o globo de seguridad de Pinard, que asciende por encima del ombligo y se lateraliza; descenso de la pinza colocada en el cordón umbilical a nivel vulvar, entre otros. Para facilitar el período de alumbramiento se debe realizar un manejo activo que consiste en la colocación de 10 U de Oxitocina IM, tracción controlada del cordón umbilical y masaje uterino. 5 (81). Si la expulsión de placenta y anexos no se consigue en 30 minutos, debe considerarse un diagnóstico de retención placentaria y se proseguirá a la extracción manual de la misma con la paciente anestesiada. Se ha mencionado una

cuarta fase la cual recalca la importancia de la revisión y contaje de los cotiledones placentarios y constatación de la integridad de las membranas que acompañan a la placenta. De esta manera nos aseguramos de que no exista retención de anexos que puedan dar lugar a complicaciones obstétricas.

10.4 Mecanismo del parto: Ahora que ya hemos descrito los sucesos del parto que competen a la madre, es indispensable comprender lo que sucede con el producto durante el trabajo de parto.

10.4.1 Maniobras de Leopold:

Son 4 maniobras de palpación abdominal que permiten al profesional valorar aspectos fundamentales sobre el feto con respecto al espacio que ocupa dentro de la madre (82):

1. Situación: relación entre el eje longitudinal del feto con respecto al eje longitudinal de la madre. La situación puede ser longitudinal, transversal u oblicuo.
2. Posición: Relación del dorso fetal con respecto a la pared uterina. La posición puede ser dorso derecho, izquierdo, anterior o posterior.
3. Presentación: Relación de polo fetal con la pelvis materna o conducto del parto. Puede ser cefálica, podálica, de nalgas o pélvica, compuesta, etc. A

su vez, la presentación cefálica puede tener diversos tipos de actitud fetal: vértice, sincipucio, de frente, de cara, etc.

4. Altura de la presentación: se refiere al grado de encajamiento del polo fetal en la pelvis materna o conducto del parto.

10.4.2 Variedad de presentación:

Se denomina así a la relación entre un segmento específico de la presentación y la porción anterior, transversa o posterior de la pelvis materna. La manera de evaluar la variedad de presentación es mediante el tacto vaginal. La variedad de presentación cefálica más común en un 66% de los casos (77) es la Occipito Ilíaca Izquierda Anterior (OIIA) en la cual deducimos que el producto se encuentra cefálico, longitudinal, con actitud fetal de vértice u occipucio, dorso izquierdo, encajado.

10.4.3 Movimientos cardinales del trabajo de parto:

Se denominan así a una serie de cambios secuenciales y en muchos casos simultáneos, de la presentación fetal durante el trabajo de parto. Su objetivo es la adaptación de los diámetros de la presentación del producto a los diámetros de la pelvis materna. Estos son:

1. Encajamiento: En nulíparas sucede con anterioridad al parto mientras que en multíparas el feto puede permanecer móvil y sólo encajarse en fases avanzadas de la labor de parto.
2. Descenso: Sucede gracias a la contracción uterina ejercida sobre el feto y es fundamental para el progreso del parto.
3. Flexión: El mentón del producto se pone en contacto con el tórax del mismo.
4. Rotación interna: La cabeza del feto pasa de una posición transversa a una variedad occípito-púbica.
5. Extensión: es el movimiento que realiza el producto gracias a las fuerzas de contracción uterina y de pujo, para alcanzar el introito vaginal y salir.
6. Rotación externa o restitución: es el retorno de la cabeza a la posición que tenía antes de realizar la rotación interna o a su posición de encajamiento.
7. Expulsión: se refiere a la salida de los hombros, primero el anterior y luego el posterior, seguidos por el resto del cuerpo del recién nacido (79).

11. APGAR NEONATAL

El APGAR Neonatal es una escala utilizada por los neonatólogos y médicos en general para comprobar el estado de salud de los recién nacidos. Con ésta se

puede valorar la capacidad de los neonatos para adaptarse al medio externo.

(84)

La Adaptación Neonatal Inmediata es el conjunto de modificaciones cardiohemodinámicas y fundamentalmente respiratorias que al ejecutarse de manera satisfactoria permite la realización exitosa del tránsito de la vida intrauterina al exterior. (85)

Entre los cambios que debe realizar el neonato para adaptarse están la respiración inmediata y mantenida, el reemplazo del líquido de sus pulmones por aire, dar paso a la circulación pulmonar, el cierre de los cortocircuitos fetales y permitir el aumento del flujo sanguíneo pulmonar y la redistribución del gasto cardiaco.

(84)

Todo esto se logrará si el profesional de la salud que reciba al bebe da el apoyo adecuado al mismo, siguiendo una serie de pasos de manera ordenada y correcta. Si la adaptación del recién nacido al medio no se logra de manera adecuada, se debe dar el soporte vital inmediato para prevenir las complicaciones originadas por distintos mecanismos que alteran el equilibrio metabólico del recién nacido.

(84)

La escala fue creada por la anesthesióloga Virginia Apgar en 1952, ya que se percató que hasta ese momento no se habían desarrollado instrumentos para valorar la adaptación de los recién nacidos, además de la alta incidencia de muerte neonatal en las primeras 24 horas posparto. (86)

Fue creada mientras los médicos de la Universidad de Columbia desayunaban, y fue presentada en el congreso de la International Anesthesia Research Society en 1952 y publicada en 1953, desde entonces es utilizada a nivel mundial. (86)

Como parte de la valoración del recién nacido, el APGAR neonatal es realizado en la sala de partos, complementada con la anamnesis y descripción de las características físicas del líquido amniótico, cordón umbilical y la placenta. (84)

Este proceso definirá cómo actuar frente a cada RN en particular corregir y evitar de manera oportuna, el daño en órganos y sistemas en un período de tiempo en el que cada acción es determinante. (85)

TABLA N 4. APGAR NEONATAL

Parámetros	0	1	2
Frecuencia Cardíaca	Ausente	Menor a 100	Mayor a 100
Respiración	Ausente	Lenta	Normal, Llanto
Tono muscular	Flacidez	Hipotónico	Movimientos activos
Respuesta a estímulos	Ninguna	Escasa	Positiva
Color de la piel	Pálida/ azulada	Azul / Rosada	Rosada

FUENTE: Componente Normativo Materno Neonatal. Ministerio de salud pública del Ecuador. CONASA. Año 2008. (81)

TABLA N 5. INTERPRETACION DEL TEST DE APGAR

Puntaje	Interpretación
0-3	Severamente deprimido
4-6	Moderadamente deprimido
7-10	Bienestar.

FUENTE: Componente Normativo Materno Neonatal. (81)

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Demostrar las ventajas y desventajas que brinda el parto en agua a mujeres que asisten a dar a luz en la clínica La Primavera versus el parto tradicional en mujeres que dan a luz en la clínica Santa Bárbara en Quito – Ecuador.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Comparar el nivel de dolor referido por las madres que se someten a parto en agua versus aquellas que se someten a parto tradicional.
2. Comparar la necesidad de uso de analgesia durante la labor de parto en los grupos de estudio.
3. Comparar la satisfacción del proceso de parto que experimentaron las madres en los distintos grupos.
4. Comparar el apareamiento de desgarros en mujeres en parto en agua versus parto tradicional.
5. Comparar el grado de desgarros sufridos por las pacientes.

6. Comparar el tiempo del período expulsivo en partos tradicionales versus partos acuáticos así como la frecuencia de períodos expulsivos prolongados.
7. Comparar el APGAR al minuto y a los 5 minutos en los recién nacidos en agua versus los que nacieron tradicionalmente.
8. Contribuir con evidencia científica y estadística a la comunidad de ginecólogos y obstetras de nuestro medio para analizar la recomendación de parto en agua.
9. Contribuir con evidencia científica y estadística a todos los interesados en esta alternativa al parto humanizado para que sean libres de tomar la decisión que consideren más correcta para el nacimiento de sus hijos.

HIPÓTESIS:

La percepción del dolor, la necesidad de analgesia, la frecuencia de desgarros maternos perineales y la prolongación del período expulsivo, son mayores en parto tradicional comparado con parto en agua, mientras que el APGAR del recién nacido al minuto y a los 5 minutos así como la satisfacción materna por el proceso del parto son mayores en el grupo de parto en agua versus el grupo de parto tradicional.

JUSTIFICACIÓN:

El embarazo y el parto son procesos fisiológicos fuertemente ligados a vivencias emocionales y afectivas tanto para la madre como para el padre. Toda madre desea poder llevar a cabo su gestación acumulando una serie de experiencias positivas, ser correctamente atendida, respetada y escuchada. La instrucción acerca de esta hermosa y muchas veces temida experiencia del parto vaginal frecuentemente se omite en nuestro medio, mucho menos se ofrecen a las futuras madres alternativas diferentes del clásico parto en litotomía.

La motivación de este estudio surge a raíz de las diversas críticas que la OMS ha realizado con respecto a ciertos procedimientos que se llevan a cabo todos los días en las salas de parto tradicionales: enemas de rutina, afeitar a la madre, prohibir los cambios de posición, tactos vaginales frecuentes, episiotomía innecesaria, personal médico poco paciente que en vez de apoyar y animar a la madre muchas veces la ofenden con frases duras e inapropiadas, separar al bebé de la madre al momento del nacimiento o no permitir que el padre esté presente durante la labor de parto y nacimiento del bebé.

La OMS recomienda que toda la comunidad sea informada sobre los diversos procedimientos que constituyen la atención del parto, a fin de que cada mujer

pueda elegir el tipo de atención que prefiera (2). Lastimosamente, el país no cuenta con suficientes estudios que avalen la seguridad de estas técnicas lo cual lleva a muchos padres y profesionales de la salud a cuestionarse sobre el daño así como el beneficio que en este caso el agua podría ejercer al momento del parto.

Se estima que entre 1985 y 1999 se produjeron en todo el mundo más de 150.000 partos en agua (86). En Estados Unidos, más de 200 hospitales ofertan a través de las compañías aseguradoras la utilización del agua durante el trabajo de parto y nacimiento y más de 40 países de todo el mundo han institucionalizado la opción del parto en agua dentro de la Sanidad Pública (87).

Existen muchas personas que se sienten más seguras en un hospital, rodeados de médicos y enfermeras capacitados para solucionar cualquier complicación del parto, pero también existen mujeres que preferirían vivir este momento tan especial en un lugar más íntimo como en las bañeras de sus hogares o con menos personas desconocidas observándola. Muchas madres que han sufrido una serie de eventos traumáticos en partos previos gracias a tratos crueles, inhumanos o degradantes y por ello buscan alternativas para la llegada del nuevo bebé.

El parto en agua es una de estas alternativas al parto humanizado, que en la actualidad ya se encuentra disponible en nuestro país para aquellas madres sanas

que no presenten embarazos de alto riesgo. El pionero en el uso del parto en agua es el Reino Unido, país que oficializó este procedimiento en 1993, recomendando que exista una piscina en todas las unidades de maternidad. Hoy por hoy, Inglaterra y Holanda son países donde el parto humanizado es cada vez más practicado y reconocido.

El presente estudio tiene como meta, responder algunas de las frecuentes preocupaciones para los padres y médicos interesados en el tema. ¿Es el agua un factor que modificará el dolor del parto?, ¿El bebé nacerá sano?, ¿Qué beneficios podría brindar a la madre y al niño el dar a luz en el agua? ¿Debería nuestro país seguir el ejemplo europeo y recomendar el servicio de parto en agua en toda maternidad? Esta información será muy útil para que las autoridades sanitarias de nuestro país puedan tomar en cuenta al parto en agua como una alternativa importante en las mujeres ecuatorianas.

CAPÍTULO II: MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional de corte transversal. Se observó un grupo expuesto al parto en agua y otro expuesto al parto tradicional sin realizar ninguna intervención, se midieron variables como dolor, necesidad de analgesia, satisfacción materna con el proceso del parto, desgarros, tiempo del expulsivo y APGAR neonatal y se compararon los resultados en los dos grupos.

VARIABLES ESTUDIADAS:

- Dolor materno
- Necesidad de analgesia
- Satisfacción de la madre
- Desgarros perineales
- Período expulsivo
- APGAR del recién nacido al minuto y a los cinco minutos

MUESTRA:

La investigación es un estudio tipo corte transversal observacional descriptivo, la muestra fue tipo censo, es decir se tomó todo el universo de partos que se dieron en un período comprendido entre enero del 2014 y octubre del 2014, tanto en la clínica La Primavera como en la clínica Santa Bárbara, con el fin de tener una muestra amplia con una mejor significancia estadística. Se recolectó una muestra de 150 pacientes para parto en agua y 150 pacientes para parto tradicional con un total de 300 pacientes.

CRITERIOS:

Criterios de inclusión: Mujeres sanas, primíparas o multíparas, con feto a término, único, sano.

Criterios de exclusión: Mujeres con embarazo múltiple, alto riesgo obstétrico, patología ó sufrimiento fetal, feto pretérmino, feto macrosómico o con restricción de crecimiento intrauterino. Mujeres con cualquier contraindicación para parto normal ya sea en agua o tradicional.

MATERIALES:

Se elaboró para la recolección de datos una hoja formato que cuenta con preguntas necesaria para llevar a cabo la investigación, las mismas que fueron realizadas a la madre en el postparto inmediato (primeras horas tras el parto). En la misma hoja, el médico, partera y/o investigador escribió datos específicos tanto de la madre (número y grado de desgarros, duración del período expulsivo), como del recién nacido (APGAR al minuto y a los 5 minutos). Se adjunta la hoja de recolección de datos al final del presente documento. ANEXO #1.

Una hoja de consentimiento informado fue presentada a la madre antes del parto, en la cual se le informó sobre el propósito de este estudio y con su autorización se llevó a cabo la recolección de los datos mencionados. Se contó también con la aprobación y apoyo de las respectivas clínicas y su personal para realizar la recolección de datos. ANEXO #2.

El estudio no implicó experimentación ni intervenciones por parte de los investigadores y se mantuvo la confidencialidad de las pacientes en todo momento.

PLAN DE ANÁLISIS:

Para la elaboración de la base de datos se empleó el programa Microsoft Office Excel 2007, y para el análisis estadístico se utilizó el programa Stata: Data Analysis and Statistical Software. Versión 13 y la hoja de cálculo estadístico DAG_Stat. (88)

Para valorar los factores relacionados con la exposición se utilizó el número, porcentaje y media de presentación de cada variable. Cada parámetro en la base de datos fue transformado de variables cuantitativas a cualitativas. Conjuntamente se calculó el Odds Ratio (OR) como medida de asociación junto con el Chi cuadrado y valor de p para calcular la significancia de los resultados. Se utilizó Chi cuadrado con corrección de Yates al analizar resultados de subgrupos de la población de estudio cuando la muestra implicada fue menor de 200.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

TABLA N 6: DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES CONTENIDAS EN LA INVESTIGACIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIA O ESCALA	INDICADOR
PARTO EN AGUA	Expulsión completa del producto dentro del agua. Modalidad de parto natural.	CUALITATIVO	SI NO	PROPORCIÓN PROPORCIÓN
DOLOR	Sensación desagradable que generalmente constituye una señal de alarma con respecto a la integridad del organismo	CUANTITATIVO	ESCALA VISUAL ANÁLOGA	Mediana, media, desv. Estándar , varianza, asimetría.
DESGARROS PERINEALES MATERNOS	Desgarro que se produce en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura, así como vagina).	CUALITATIVO	GRADOS DE DESGARRO PERINEAL (I – IV)	PROPORCIÓN PROPORCIÓN PROPORCIÓN
TIEMPO DEL PERÍODO EXPULSIVO	Es la segunda etapa del parto que comienza con la dilatación cervical completa y sensación de pujo espontáneo de la madre, y finaliza con el nacimiento del feto. Su duración normal en primíparas es de 50 minutos y en múltiparas es de 20 minutos.	CUANTITATIVO	MINUTOS	Mediana, media, desv. Estándar , varianza, asimetría.
APGAR	Es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina la tolerancia del producto al proceso del parto, mientras que el puntaje al minuto 5 indica la adaptabilidad del recién nacido al medio. Mide: A: aspecto (color de la piel) P: pulso (frecuencia cardíaca) G: irritabilidad – llanto A: actividad – tono muscular R: respiración (esfuerzo)	CUANTITATIVO	SCORE APGAR AL PRIMER MINUTO Y A LOS 5 MINUTOS	Mediana, media, desv. Estándar , varianza, asimetría.
NULIPARIDAD	Mujeres que no han presentado algún parto en su historia gineco-obstétrica	CUANTITATIVO	NÚMERO DE HIJOS	Mediana, media, desv. Estándar , varianza, asimetría.
MULTIPARIDAD	Mujeres que han presentado más de un parto en su historia gineco-obstétrica.	CUANTITATIVO	NÚMERO DE HIJOS	Mediana, media, desv. Estándar , varianza, asimetría.

Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014

CAPÍTULO III: RESULTADOS

13. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA:

La población estudiada estuvo comprendida de 300 pacientes, todas de sexo femenino y condición socioeconómica media. La paciente de menor edad tuvo 16 años y la mayor 43 años. En nuestra población de estudio se incluyeron 3 mujeres menores de 18 años, lo que corresponde al 1% de la muestra; 277 mujeres entre 18 y 35 años equivalente al 92.3% de la muestra y 20 mujeres mayores de 35 años correspondiendo al 6.6% del tamaño muestral. La mayor cantidad de pacientes mayores de 35 años se encontraron en el grupo de parto en agua de la clínica la Primavera. La distribución de pacientes menores de 18 años fue igual en los dos grupos.

TABLA N 7. EDAD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA (PACIENTES DE CLÍNICA LA PRIMAVERA/PARTO EN AGUA, Y CLÍNICA SANTA BÁRBARA/PARTO TRADICIONAL, EN QUITO-ECUADOR. AÑO 2014)

EDAD	PARTO EN AGUA	PARTO NORMAL	TOTAL	PORCENTAJE	MEDIA
Menores de 18 años	1	2	3	1%	16 años
18 a 35 años	134	143	277	92.3%	27.19 años
Mayores de 35 años	15	5	20	6.6%	37.8 años

Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014.

14. PARIDAD DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio estuvo constituida por 300 pacientes, el 50% (n=150) fueron del grupo correspondiente de parto en agua, mientras que el otro 50% (n=150) fueron del grupo de parto normal. Del primer grupo (parto en agua) el 54.67 % (n=82) fueron nulíparas mientras que el 45.33 % (n=68) restante fueron multíparas. En el segundo grupo (parto normal) el 48% (n=72) fueron nulíparas y el 52 % (n=78) fueron multíparas. En toda la población de estudio el total de nulíparas fue 51.3% (n=154) y multíparas el 48.6% (n=146).

15. NÚMERO DE PARTOS VAGINALES ANTERIORES EN LAS MUJERES MULTÍPARAS

De las 146 mujeres multíparas, el 73.98 % (n=108) tuvo 2 partos vaginales y solamente el 0.7 % (n=1) tuvo 5 partos vaginales previos. La media de hijos en las mujeres multíparas fue de 2.32 hijos.

TABLA N 8. NÚMERO DE PARTOS VAGINALES ANTERIORES EN LAS MUJERES MULTÍPARAS EN LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO

Número de partos vaginales	n=	%	Media
2	108	73.98	
3	30	20.54	
4	7	4.78	
5	1	4.78	
Total	146	100	2.32

Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014.

16. COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA:

De nuestra muestra comprendida por 300 pacientes, 150 presentaron complicaciones durante el embarazo, número que corresponde al 50% de la población estudiada.

En la clínica la Primavera, 67 pacientes presentaron complicaciones. En la clínica Santa Bárbara 83 pacientes presentaron complicaciones durante la gestación.

La complicación más frecuente fue infección de vías urinarias, con un total de 105 casos o 35% de la muestra.

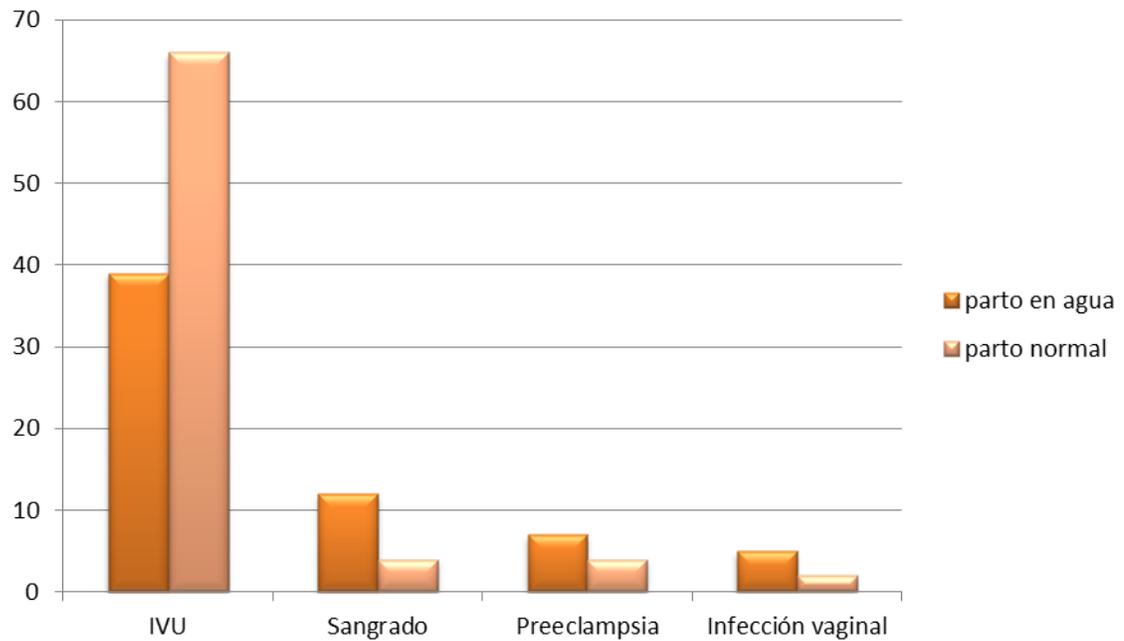
Posteriormente en orden descendente se observó: sangrado 5.33%, preeclampsia 3.66%, infección vaginal 2.33%, anemia 1%, diabetes gestacional 1%, hematoma placentario 0,66%, amenaza de aborto 0.33%, amenaza de parto pre término 0.33%, dislipidemia 0.33%.

TABLA N 9: COMPLICACIONES QUE SE PRESENTARON DURANTE LA GESTACIÓN EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Complicación	Parto en agua	Parto normal	Total	Porcentaje
Preeclampsia	7	4	11	3.66%
IVU	39	66	105	35%
Diabetes Gest	0	3	3	1%
Sangrado	12	4	16	5.33%
Otros:	9	6	15	5%
Infección vaginal	5	2	7	2.33%
Anemia	1	2	3	1%
Hematoma placentario	1	1	2	0.66%
Amenaza de aborto	0	1	1	0.33%
Amenaza de parto pret.	1	0	1	0.33%
Dislipidemia	1	0	1	0.33%
TOTAL	67	83	150	50%

Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014.

GRAFICO N 1: COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES QUE SE PRESENTARON EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA DURANTE EL EMBARAZO.



Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014.

5. CESÁREA PREVIA A PARTO NORMAL EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA:

De una muestra de 150 mujeres que dieron a luz en agua en la clínica la Primavera, el 10% tuvo cesárea anterior y ninguna paciente presentó complicaciones asociadas a un parto vaginal con cesárea anterior como ruptura uterina o dehiscencia de heridas.

Por otra parte, en pacientes con cesárea anterior que acudieron a la clínica Santa Bárbara, se realizó siempre una cesárea nuevamente. En ninguno de los grupos se observaron complicaciones.

6. EPISIOTOMÍA EN LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO DE ACUERDO A LA PARIDAD:

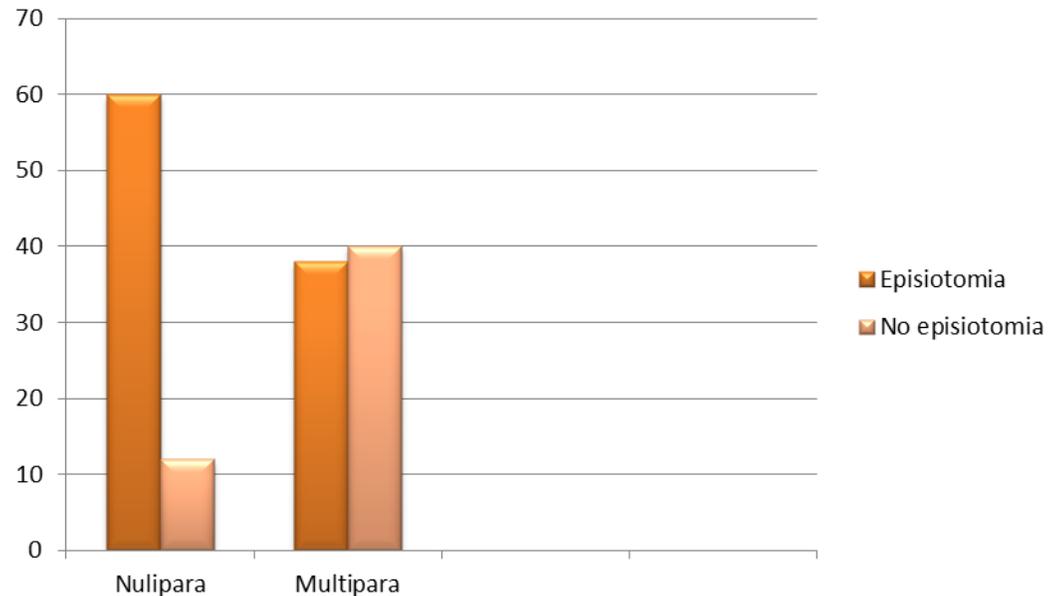
A ninguna de las mujeres pertenecientes al grupo de parto en agua se les realizó episiotomía, mientras que en el grupo de parto normal al 65.33 % (n=98) se les realizó episiotomía, de las cuales 61.22% (n= 60) fueron nulíparas y 38.78 % (n=38) fueron multíparas. En este mismo grupo, al 34.67 % restante (n=52) no se les realizó episiotomía siendo un 23.07 % (n=12) nulíparas y un 76.93 % (n=40) multíparas.

TABLA N 10. EPISIOTOMÍA EN LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO DE ACUERDO A LA PARIDAD EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

	Parto en Agua (n=150)				Parto Normal (n=150)			
	Episiotomía		No episiotomía		Episiotomía		No episiotomía	
	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%
Nulípara	0	0	82	54.67	60	61.22	12	23.07
Multípara	0	0	68	45.33	38	38.78	40	76.93
TOTAL	0	0	150	100	98	100	52	100

Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014.

GRAFICO N 2: EPISIOTOMÍA EN EL GRUPO DE PARTO NORMAL.



Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014.

7. DOLOR EN LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO ESTUDIADAS:

a. Intensidad del dolor de acuerdo al tipo de parto:

Del grupo de parto en agua 3.34 % (n=5) tuvieron dolor leve en contraste con un 1.34 % (n=2) del grupo de parto normal, en cuanto al dolor moderado, un 13.33 % (n = 20) del grupo de parto en agua lo presentó, comparado con un 9.93 % (n=14) del grupo de parto normal. El dolor severo se presentó en un 83.33 % (n= 125) en el grupo de parto en agua y en un 89. 33 % (n= 134) en el grupo de parto normal.

La media de dolor en el parto en agua fue de 8.81, mientras que en el parto normal fue de 8.77. Por lo tanto no se encontraron diferencias al comparar toda la población de estudio.

TABLA N 11. INTENSIDAD DEL DOLOR EN LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Intensidad del dolor	Parto en agua			Parto Normal		
	n=	%	Media	n=	%	Media
Leve	5	3.34		2	1.34	
Moderado	20	13.33		14	9.33	
Severo	125	83.33		134	89.33	
TOTAL	150	100	8.81	150	100	8.77

Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014.

b. Intensidad del dolor de acuerdo a la paridad

En las nulíparas el 13.63 % (n=21) tuvo dolor leve a moderado, de las cuales el 90.48 % (n= 19) fueron del grupo de parto en agua y 9.52 % (n=2) fueron del grupo de parto normal.

En el mismo grupo el dolor severo se presentó en el 86.37 % (n=133), de las cuales el 47.37% (n=63) fue del grupo de parto en agua y el 52.63 % (n=70) fue del grupo de parto normal.

TABLA N 12. TIPO DE DOLOR DE ACUERDO A LA PARIDAD EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Tipo de dolor	Paridad			
	Nulíparas		Multíparas	
	n=	%	n=	%
Leve a Moderado	21	13.63	20	13.70
Severo	133	86.37	126	86.30
TOTAL	154	100	146	100

Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014.

En el grupo de las multíparas el 13.70 % (n=20) presentó dolor severo, siendo un 30% (n=6) del grupo de parto en agua y un 70 % (n=14) del grupo de parto normal.

TABLA N 13. TIPO DE DOLOR DE ACUERDO A LA PARIDAD EN LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

	Nulíparas				Multíparas			
	Dolor Leve a Moderado		Dolor Severo		Dolor Leve a Moderado		Dolor Severo	
	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%
Parto en Agua	19	90.48	63	47.37	6	30	62	49.21
Parto Normal	2	9.52	70	52.63	14	70	64	50.79
TOTAL	21	100	133	100	20	100	126	100

Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014.

En la tabla N 14 se puede ver que el parto en agua fue un factor protector frente al dolor severo en el grupo de nulíparas (OR: 0,0947, IC95%: 0,0212-0,4230, p=0,0006). El mismo comportamiento se observa al realizar el cálculo en toda la población de estudio. (OR: 0,5970, IC95%:0,3045-1,1704, p: 0,1303).

Por otra parte se observa en el grupo de multíparas que existen 2.26 veces más probabilidad de desarrollar dolor severo en el parto en agua que en el parto normal (IC95 %:0,8166-6,2569), sin embargo carece de significación estadística. (p: 0.1743).

TABLA N 14. RELACIÓN ENTRE LA MODALIDAD DE PARTO Y LA INTENSIDAD DEL DOLOR EN LOS DISTINTOS GRUPOS DE ACUERDO A LA PARIDAD EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Grupo	Tipo de dolor	n=	%	OR	IC 95 %	P
NULIPARAS	Dolor Leve a Moderado	21	13.63	0,0947	0,0212-0,4230	0,0006
	Dolor Severo	133	86.37			
MULTIPARAS	Dolor Leve a Moderado	20	13.70	2,2604	0,8166-6,2569	0,1743
	Dolor Severo	126	86.30			
TODO EL GRUPO	Dolor Leve a Moderado	41	13.67	0,5970	0,3045-1,1704	0,1303
	Dolor Severo	259	86.33			

Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014.

c. Necesidad y tipo de analgesia en toda la población de estudio

De las 300 mujeres incluidas en el estudio un 89.67 % (n=269) no necesito analgesia y tan solo un 10.33 % (n= 31) necesito la misma, sin tomar en cuenta la modalidad de parto. El tipo de Analgesia más utilizado fueron los AINES con un 74.19 % (n=23).

TABLA N 15. NECESIDAD Y TIPO DE ANALGESIA EN LAS MUJERES EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Necesidad Analgesia	de n=	%	Tipo Analgesia	de n=	%
Si	31	10.33	AINES	23	74.19
			Raquídea	8	25.81
No	269	89.67			
TOTAL	300	100		31	100

Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014.

d. Necesidad de analgesia de acuerdo a la paridad y al tipo de parto.

En el grupo de las Nulíparas la necesidad de analgesia fue de un 8.44 % (n=13), de las cuales el 30.77 % (n=4) dieron a luz en agua y el 69.23 % (n=9) restante dio a luz de manera tradicional. No necesitaron analgesia

el 91.56 % (n=141), de las cuales el 55.32% (n= 78) dio a luz en agua y el 44.68% (n=63) dio a luz de manera tradicional.

En las multíparas la necesidad de analgesia fue de un 12. 33 % (n=18), siendo la mayoría de estas mujeres pertenecientes al grupo de parto normal (83.33%; n=15) y el resto (16.67 %; n= 3) pertenecientes al grupo de parto en agua. El 87.67 % (n=128) no necesitaron analgesia.

TABLA N 16. NECESIDAD DE ANALGESIA DE ACUERDO A LA PARIDAD EN LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

	Nulíparas				Multíparas			
	Necesidad de Analgesia		No necesidad de analgesia		Necesidad de Analgesia		No necesidad de analgesia	
	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%
Parto en Agua	4	30.77	78	55.32	3	16.67	65	50.78
Parto Normal	9	69.23	63	44.68	15	83.33	63	49.22
TOTAL	13	100	141	100	18	100	128	100

Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014.

En la tabla N 16 se puede observar que el parto en agua constituye un factor protector, evitando así el uso de analgesia tanto en nulíparas (OR: 0,3590, IC95%:0,1056-1,2204, p=0,1594), como en múltiparas (OR: 0,1938, IC95%: 0,0535 -0,7022, p=0,0137) y en todo la población objeto de estudio. (OR: 0,2570, IC95%:0,1071-0,6167, p: 0,0013).

TABLA N 17. RELACIÓN ENTRE LA MODALIDAD DE PARTO Y LA NECESIDAD DE ANALGESIA EN LOS DISTINTOS GRUPOS DE ACUERDO A LA PARIDAD EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Grupo	Necesidad de Analgesia	n=	%	OR	IC 95 %	P
NULIPARAS	Si	13	8.44	0,3590	0,1056	0,1594
	No	141	91.56		- 1,2204	
MULTIPARAS	Si	18	12.33	0,1938	0,0535	0,0137
	No	128	87.67		- 0,7022	
TODO EL GRUPO	Si	31	10.33	0,2570	0,1071-	0,0013
	No	269	89.67		0,6167	

Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014.

8. SATISFACCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA CON RESPECTO AL PROCESO DEL PARTO:

En el postparto inmediato se les realizó a las madres la siguiente pregunta: ¿Fue el proceso del parto una experiencia de su agrado?

De una muestra de 300 pacientes, 36 de ellas respondieron no, lo que equivale al 12% de la población estudiada. En el grupo de parto en agua, 7 nulíparas y 3 multíparas refirieron poca satisfacción con el proceso del parto. Algunas de las razones fueron: trato por parte de algunos miembros del personal, labor de parto prolongada, colocación de enema previo a la inmersión.

En el grupo de parto tradicional, 16 nulíparas y 10 multíparas refirieron poca satisfacción con el proceso del parto.

Las razones que orientaron a las madres hacia esta respuesta fueron: el haber entrado solas a la sala de partos, sin la compañía de un familiar o de su esposo; miedo al proceso del parto y el trato que recibieron por parte de algunos miembros del personal.

Al analizar esta variable, el proceso de parto en agua resultó ser más agradable y brindar mayor satisfacción en el grupo de nulíparas de la población estudiada con un OR: 0.326 (IC: 0.12-0.84) y una p: 0,0315 demostrando significancia estadística. En contraste, el grupo de multíparas de la población estudiada reflejó un OR: 0,31 (IC: 0.08-1.19) con una p: 0.13, sin significancia estadística. Al analizar toda la muestra, tanto madres nulíparas como multíparas, el resultado sigue siendo estadísticamente significativo con un OR: 0,3407 (IC: 0.15 – 0.73) con una p: 0,0045, definiendo al parto en agua como un factor protector para la satisfacción materna.

TABLA N 18. ANÁLISIS DE VARIABLE SATISFACCIÓN DEL PARTO EN GRUPO DE MADRES NULÍPARAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Paridad	¿Le agradó?	Parto en agua	Parto normal	Porcentaje	Odds ratio	Intervalos confianza	Valor P
Nulíparas	No	7	16	14.93%	0.3267	0.12 – 0.84	0.0315
	Si	75	56	85.06%			
Multíparas	No	3	10	8.9%	0.31	0.08 – 1.19	0,13
	Si	65	68	91.09%			
Todas	No	10	26	12%	0.3407	0.15 – 0.73	0.0045
	Si	140	124	88%			

Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014.

9. DESGARROS EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA:

De un total de 154 nulíparas en la población estudiada, el 52% presentó algún tipo de desgarro (80 pacientes). De 82 nulíparas que dieron a luz en agua, 35 sufrieron desgarros perineales de diferente grado (42%). Por otra parte de las 72 pacientes nulíparas que dieron a luz de forma tradicional, 45 sufrieron desgarros (62.5%).

Al analizar el evento desgarros en las mujeres nulíparas de nuestra muestra, el parto en agua resulta ser un factor protector con un OR: 0.4468 (IC: 0.23-0.85) y una p: 0.02.

De un total de 146 multíparas, el 30% presentó algún tipo de desgarro (44 pacientes). De 68 multíparas que dieron a luz en agua, 17 presentaron desgarros

(25%) y de 78 multíparas que tuvieron un parto tradicional, 27 presentaron desgarros (35%). El análisis estadístico no es significativo en la población de pacientes multíparas con un OR: 0.62 (IC: 0.30-1.29) y una p: 0.27.

De 300 pacientes incluidas en la muestra de estudio, 124 sufrieron desgarros perineales, lo que corresponde al 41% del total de pacientes tanto nulíparas como multíparas. Los desgarros fueron más frecuentes en la población de parto tradicional con un 58%, mientras que en parto en agua el porcentaje de desgarros fue 42%. En la población general de estudio, el parto en agua resultó ser un factor protector para desgarros con un OR: 0.57 (IC: 0.36 – 0.91) y una p: 0.01.

TABLA N 19. ANÁLISIS DEL EVENTO DESGARROS EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Paridad	Desgarros	Parto en agua	Parto normal	Porcentaje	Odds ratio	Intervalos confianza	Valor P
Nulíparas	Si	35	45	52%	0.34	0.23 – 0.85	0.02
	No	47	27	48%			
Multíparas	Si	17	27	30%	0.62	0.30 – 1.29	0.27
	No	51	51	70%			
Todas	Si	52	72	41%	0.57	0.36 – 0.91	0.01
	No	98	78	59%			

Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014.

10. GRADO DE DESGARROS EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA:

Como lo habíamos mencionado antes, de 300 pacientes incluidas en el estudio, 124 sufrieron desgarros de algún tipo. De estas 124 madres, 46 sufrieron desgarros moderados a severos (38%) y 78 sufrieron desgarros leves (62%). El 42% de desgarros se dio en el grupo de parto en agua mientras que el 58% se dio en el grupo de parto tradicional. Estos valores reflejaron un OR: 0.68 (IC: 0.32 – 1.42) y una p: 0.30. De igual manera, no se encontró significancia estadística en el grupo de mujeres nulíparas ni multíparas con respecto al grado de desgarro sufrido durante el parto. Tanto en el grupo de nulíparas como de multíparas, los desgarros leves fueron más frecuentes que los moderados y severos.

TABLA N 20. ANÁLISIS DEL GRADO DE DESGARRO EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Paridad	Grado de Desgarro	Parto en agua	Parto normal	Porcentaje	Odds ratio	Intervalos confianza	Valor P
Nulíparas	Leve	20	28	60%	0.80	0.32 – 1.99	0.81
	Mod/Sev	15	17	40%			
Multíparas	Leve	10	20	68%	0.50	0.13 – 1.82	0.46
	Mod/Sev	7	7	32%			
Todas	Leve	30	48	62%	0.68	0.32 – 1.42	0.30
	Mod/Sev	22	24	38%			

Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014.

11. TIEMPO DEL PERÍODO EXPULSIVO EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA. EXPULSIVO PROLONGADO:

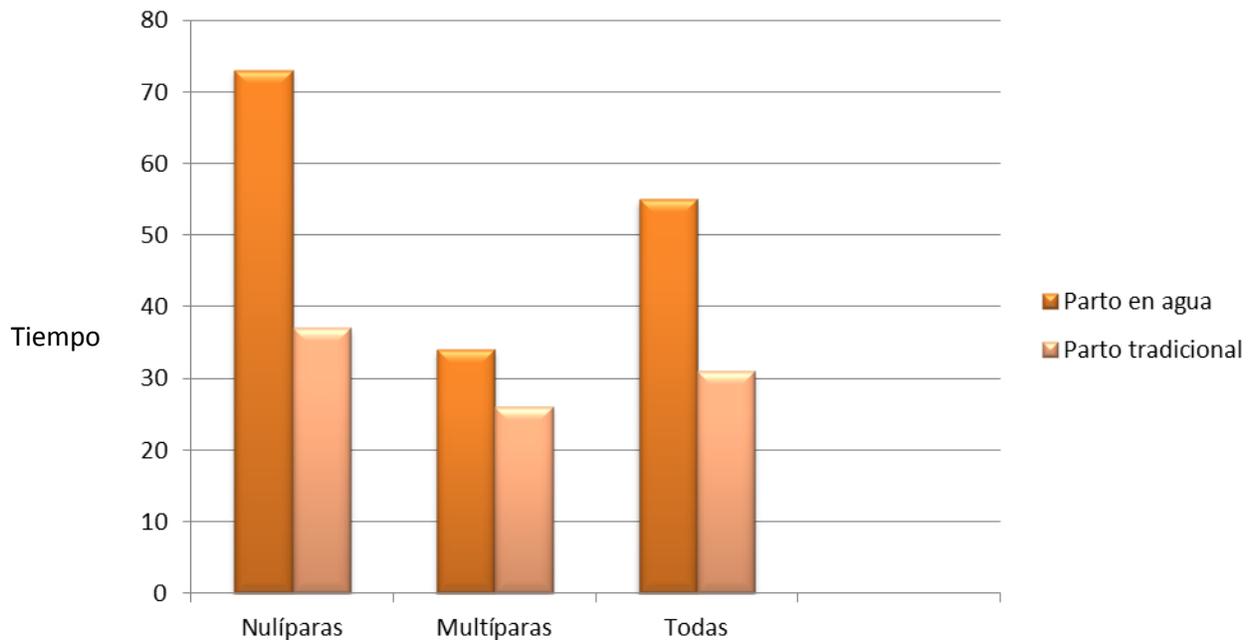
El promedio de tiempo del período expulsivo en mujeres nulíparas que dieron a luz en agua fue de 73.07 minutos. El promedio de tiempo del período expulsivo en mujeres nulíparas que dieron a luz de forma tradicional fue de 36.66 minutos.

Por otra parte, las multíparas en el grupo de parto en agua reflejaron una media de 34.18 minutos para su período expulsivo, mientras que las multíparas en el grupo de parto tradicional tuvieron una media de 26.05 minutos.

La media de tiempo en todas las pacientes tanto nulíparas como multíparas del grupo de parto en agua fue de 55.44 minutos y para parto tradicional fue de 31.14 minutos parto tradicional tuvieron una media de 26.05 minutos.

La media de tiempo en todas las pacientes tanto nulíparas como multíparas del grupo de parto tradicional tuvieron una media de 26.05 minutos. La media de tiempo en todas las pacientes tanto nulíparas como multíparas del grupo de parto en agua fue de 55.44 minutos y para parto tradicional fue de 31.14 minutos.

GRAFICO N 3. MEDIA DE MINUTOS DEL PERÍODO EXPULSIVO EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA DURANTE EL EMBARAZO



Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014.

En la totalidad de la muestra (300 pacientes) se encontraron 16 casos de expulsivo prolongado en parto en agua y 12 casos de expulsivo prolongado en parto normal, un total del 9% de la población estudiada, siendo este evento más frecuente tanto en nulíparas como en multíparas que dieron a luz en el agua. Sin embargo, al asociar el tipo de parto con la frecuencia de expulsivos prolongados, no existe riesgo estadísticamente significativo de mayores eventos de expulsivo prolongado en parto en agua. OR: 1.37 (IC: 0.62 – 3.01) con una p: 0.42.

TABLA N 21. ANÁLISIS DEL EVENTO EXPULSIVO PROLONGADO EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Paridad	Expulsivo Prolongado	Parto en agua	Parto normal	Porcentaje	Odds ratio	Intervalos confianza	Valor P
Nulíparas	Si	9	7	10%	1.14	0.40 – 3.24	0.99
	No	73	65	90%			
Multíparas	Si	7	5	8%	1.67	0.50 – 5.54	0.58
	No	61	73	92%			
Todas	Si	16	12	9%	1.37	0.62 – 3.01	0.42
	No	134	138	91%			

Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014.

12. PUNTAJE APGAR DEL RECIEN NACIDO EN LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO:

a. Depresión neonatal de acuerdo al puntaje de APGAR:

De toda la población estudio hubieron 2.67 % (n=8) de recién nacidos deprimidos, tomando en cuenta el APGAR en el primer minuto, mientras que el 97.33 % (n= 292) restante tuvieron una adaptación adecuada. Por otra parte a los 5 minutos no se observó ningún recién nacido deprimido. La media de APGAR al primer minuto fue de 8 y a los cinco minutos fue de 9.

TABLA N 22. DEPRESIÓN NEONATAL DE ACUERDO CON EL PUNTAJE DE APGAR AL MINUTO Y A LOS CINCO MINUTOS EN LOS NEONATOS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Depresión neonatal	APGAR en el primer minuto			APGAR a los 5 minutos		
	n=	%	Media	n=	%	Media
Si	8	2.67		0	0	
No	292	97.33		300	100	
TOTAL	300	100	8	300	100	9

Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014.

b. Depresión neonatal de acuerdo con la paridad en el primer minuto

En el grupo de Nulíparas, el 3.25 % (n=5) de los neonatos nacieron deprimidos, de estos el 60 % (n=3) corresponden al parto normal y el 40 % (n=2) corresponden a los nacidos por parto en agua. El 96.75 % (n=149) restante de recién nacidos se adaptaron adecuadamente.

En el grupo de multíparas el 2.05% (n= 3) de los neonatos nacieron deprimidos, de estos el 46.47% (n=67) pertenecen al grupo de parto en agua y el 53.52% (n=76) pertenecen al grupo de parto tradicional. El 97.95% restante de los recién nacidos de este grupo de madres se adaptaron con normalidad.

TABLA N 23. DEPRESIÓN NEONATAL EN EL PRIMER MINUTO EN LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO DE ACUERDO CON LA PARIDAD

	Nulíparas				Multíparas			
	Bienestar Neonatal		Depresión Neonatal		Bienestar Neonatal		Depresión Neonatal	
	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%
Parto en Agua	80	53.69	2	40	67	46.47	1	33.33
Parto Normal	69	46.31	3	60	76	53.52	2	66.67
TOTAL	149	100	5	100	142	100	3	100

Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014.

En la tabla número 24 se observa que el parto en agua es un factor protector para evitar la depresión en el recién nacido en los tres grupos: Nulíparas (OR: 0,57, IC95%: 0,09 - 3,54, p: 0,88); Multíparas (OR: 0,56, IC95%:0,05-6,39, p: 0,90) y en toda la población de estudio (OR: 0,59, IC95%:0,13-2,52, p:0,47), sin embargo en ninguno de los grupos se encontró significación estadística.

TABLA N 24. RELACIÓN ENTRE LA MODALIDAD DE PARTO Y LA DEPRESIÓN NEONATAL EN LOS DISTINTOS GRUPOS DE ACUERDO A LA PARIDAD EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Grupo	Depresión Neonatal	n=	%	OR	IC 95 %	P
NULIPARAS	No	149	96.75	0,5750	0,0934- 3,5415	0,8824
	Si	5	3.25			
MULTIPARAS	No	143	97.95	0,5672	0,0503- 6,3963	0,9044
	Si	3	2.05			
TODO EL GRUPO	Si	8	2.67	0,5918	0,1389- 2,5221	0,4735
	No	292	97.33			

Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014.

c. Bienestar neonatal de acuerdo a la paridad a los 5 minutos.

En ninguno de las dos modalidades de parto se presentan casos de depresión neonatal a los 5 minutos, por lo que los porcentajes de bienestar neonatal representan los mismos porcentajes del total de personas de cada subgrupo.

TABLA N 25. BIENESTAR NEONATAL DE ACUERDO A LA PARIDAD EN LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PARTO EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Paridad	Modalidad de parto			
	Parto en Agua		Parto Normal	
	n=	%	n=	%
Nulíparas	82	54.67	72	48
Multíparas	68	45.33	78	52
TOTAL	150	100	150	100

Realizado por Bolaños Diana y Guerrero Daniela. PUCE. Quito, Ecuador. 2014.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

Muchas mujeres optan por un parto en agua, con el fin de evitar un dolor muy intenso, se observó en el presente estudio que el agua constituye un factor protector frente al dolor severo en las mujeres nulíparas, con significancia estadística (p: 0,00). En contraste, el parto tradicional fue un factor de riesgo para el desarrollo de dolor severo, teniendo 2.26 veces más probabilidades de desarrollar este tipo de dolor (p: 0.17). Es importante señalar que en la mayoría de estudios realizados sobre el tema no se toma en cuenta la paridad de cada mujer.

Para poder interpretar estos resultados correctamente es imprescindible analizar varios aspectos. En primer lugar la percepción del dolor es subjetiva y depende de múltiples factores sobre todo de índole psicológico como el estado emocional de la parturienta y el miedo generado por las personas que la rodean. En el estudio realizado por Morales et al, 2008; se comparó a un grupo de mujeres gestantes con un grupo de mujeres no gestantes, encontrándose ansiedad y mayores sentimientos de inferioridad en el primer grupo. (89)

Los factores emocionales influyen en todas las mujeres principalmente en el grupo de multíparas, debido a una experiencia previa en donde experimentaron dolor intenso, por lo cual existe una predisposición a tener la misma percepción en sus experiencias futuras (90) lo que concuerda con los resultados de nuestro estudio donde observamos que el dolor severo se presentó en mayor proporción en las multíparas de parto tradicional.

En nuestra investigación al analizar toda la muestra sin distinción de la paridad, el parto en agua demostró ser un factor protector para evitar el desarrollo de dolor severo. Este hallazgo coincide con el estudio de Nutter et al, 2014; en el cual las mujeres percibieron un dolor menos intenso al experimentar un parto en agua, siendo 2.33 veces más probable desarrollar dolor intenso en el parto tradicional. Esto se relacionó con la no realización de episiotomías, un periné intacto y una mayor relajación de las mujeres durante el proceso del parto (91- 92).

Se deben realizar más investigaciones sobre el tema, siendo ideal la comparación en mujeres que hayan experimentado las dos modalidades de parto, para así evaluar si el agua disminuye la intensidad del dolor.

La necesidad de analgesia debería ser menor en el parto en agua si lo relacionamos con las bondades de ésta, de las cuales destacan: la flotación,

mejor circulación sanguínea materno-fetal, mayor oxigenación, respuesta hormonal al dolor más adecuada, incremento en el diámetro funcional de la pelvis real, contracciones de mayor calidad, mejor posicionamiento de la madre durante las distintas etapas del parto, entre otras (39).

En esta investigación se observó que en el parto en agua la necesidad de analgesia fue mucho menor que en un parto tradicional, constituyendo un factor protector frente al uso de analgesia ($p: 0,00$). En su investigación, Meyer et al, 2010; presentaron los mismos resultados mencionados anteriormente, viéndose menor necesidad de analgesia ($p: 0,05$). Entre ellas se menciona a la analgesia epidural, raquídea y paracervical. Además se hace referencia a la importancia que constituye el momento de la inmersión de la madre en el agua, teniendo mejores resultados en aquellas que se sumergen desde la primera etapa de la labor de parto. (92)

En las mujeres de nuestra muestra que requirieron analgesia, la mayoría fue de tipo AINES, sin embargo no presentaron un dolor menos intenso que las que no los recibieron, confirmando una vez más la importancia de los factores psicosociales como el estado de ánimo materno, umbral del dolor, percepción cultural del dolor, entre otros.

Como afirma Cluett, 2012 en su revisión el agua es solo una de las formas en las que se puede reducir el uso de analgésicos, ya que existen otras terapias alternativas de analgesia tales como Hipnosis, Aromaterapia, Acupuntura, Yoga, etc. (35). Sería conveniente la realización de un estudio que incluya a estas terapias como coadyuvantes en el parto en agua.

La satisfacción materna se muestra significativamente superior en el grupo de parto en agua de nuestro estudio ($p: 0,0045$). Al preguntar a las madres no satisfechas con el proceso del parto, cuáles fueron las razones fundamentales de su respuesta, la contestación más frecuente en ambos tipos de parto fue la calidad de la relación con el personal que las atendió. Otras respuestas fueron miedo al parto, falta de psicoprofilaxis, falta de un acompañante en la sala de partos, enemas evacuantes, etc. En ninguno de los dos grupos, la respuesta fue dolor o falta de analgesia, lo que indica que la satisfacción de la madre no está necesariamente ligada al grado de dolor durante el parto sino a muchos otros factores biopsicosociales como los mencionados anteriormente.

La guía inglesa NICE, 2004 (National Institute for Health and Clinical Excellence) (93); basándose en 4 estudios, analiza la satisfacción asociada al parto. El primer estudio, un ensayo clínico australiano (94), evaluó mediante la realización de encuestas, la satisfacción con el parto y con el alivio del dolor en mujeres

nulíparas que recibieron analgesia intradural-epidural, frente a mujeres del grupo con atención continua por la matrona más otras formas de analgesia (meperidina, óxido nitroso y métodos no farmacológicos). El ensayo encontró que la satisfacción global con la experiencia del parto y nacimiento fue alta y similar en ambos grupos. Este hecho refleja la existencia de otros factores, diferentes al alivio del dolor, que están implicados en los resultados de satisfacción materna.

Otro de los estudios de la guía NICE, 2004 (10); incluyó 137 artículos que evaluaban el dolor y la satisfacción materna. En la revisión se encontró que son cuatro los factores que más influyen en las experiencias de las mujeres con el nacimiento: sus expectativas personales, el apoyo recibido por las personas que les atienden, la calidad de la relación entre éstas y las mujeres y su implicación en la toma de decisiones. Se observó que estos factores son tan importantes que anulan la influencia del resto de los factores como la edad, etnia, preparación al parto, dolor, posición, intervenciones médicas y seguimiento en el cuidado. (95)

La guía NICE, 2004, también concluye que el impacto del dolor en la satisfacción materna, fue mucho mayor cuando las expectativas de las mujeres no se cumplieron (96). Por ende una de las recomendaciones de esta guía es que el médico explique a la madre de manera temprana el proceso del parto para que

de esta manera la madre tenga expectativas más realistas y la satisfacción sea mayor. (97)

En el grupo de parto en agua de nuestro estudio las mujeres fueron capaces de cambiar de posición dentro del agua cuando deseen, comer, beber, escuchar música, bailar, salir del agua, caminar, ingresar solas o acompañadas a la sala de parto, solicitar analgesia si el dolor es muy fuerte. En resumen, fueron capaces de tomar sus propias decisiones y fueron más participativas que las madres del grupo de parto tradicional. Goodman, 2004 y Mc Brea, 1999; coinciden en sus estudios que el control y el poder de la madre en la toma de decisiones durante el parto es consistentemente un factor de protección para la satisfacción materna. (98-99)

Cuando se trata de desgarros perineales, ninguna madre quisiera sufrirlos durante su parto. El 41% de pacientes incluidas en nuestro estudio sufrió algún grado de desgarro, porcentaje que se refleja en las estadísticas mundiales en las que el trauma perineal ocurre hasta en un 65% de partos vaginales (100). La episiotomía de rutina se realiza hasta en un 60% de partos vaginales de las cuales 90% son en primíparas (101), sin embargo las tasas de episiotomía varían drásticamente desde 1% (Suecia) a 80% (Argentina) (102).

Geissbuhler, 2014; en su estudio realizado en 2000 partos en agua concluyó que la necesidad de episiotomía en este tipo de parto es mínima frente al parto tradicional, siendo de apenas un 12.8 % frente a un 63.1 % (103-104-105). En esta investigación, se realizaron 98 episiotomías en el grupo de parto tradicional (65.33%), de los cuales el 61% fue en mujeres primíparas. En el grupo de parto en agua no se llevaron a cabo episiotomías. Es importante notar que los desgarros en la población de parto tradicional fueron más frecuentes que los desgarros en el grupo de parto en agua a pesar de las episiotomías realizadas (48% versus 35% respectivamente). Este fenómeno según Harper, 2000; en su estudio sobre los efectos del agua en la labor de parto, se debe a la relajación del periné, vagina y útero inducidos por efectos hidrotérmicos (87).

Rush, 1996 y Pellantova, 2003; además de concluir en sus estudios que el parto en agua es un factor protector para desgarros en general, también observaron que los desgarros que se producían eran de primer grado en su mayoría (106) (107). En contraste, nuestro estudio refleja al parto en agua como un factor protector para desgarros perineales en el grupo de primíparas únicamente ($p: 0.02$) mas no en el de multíparas ($p: 0.27$).

Si bien el 62% de los desgarros en nuestra población de estudio fueron leves y el 38% fueron moderados-severos, no se mostraron diferencias estadísticamente significativas al asociar el grado de desgarro con el tipo de parto ($p: 0.30$) concluyendo que el parto en agua no es un factor protector ante desgarros grado III y IV. Abril-González et al, 2007; aseguran que un desgarro perineal mayor o igual a grado II se asocia con un peso fetal mayor a 3100 g y un tiempo de la fase activa del parto mayor a 7 horas (100).

Se requieren más investigaciones que tomen en cuenta estas características en la labor de parto y el neonato, para estudiar de mejor forma al agua como una herramienta de protección perineal.

Es un tema controvertido si el parto en agua interviene en la duración de alguna de las tres fases del parto. En nuestro estudio, no se demostró que el parto en agua sea un factor protector ni un factor de riesgo para la prolongación de la segunda fase del parto o período expulsivo; resultado que no fue estadísticamente significativo. Debemos recalcar la diferencia de 36.41 minutos que existió en el grupo de mujeres nulíparas de nuestra muestra, siendo el agua un agente prolongador del período expulsivo sin llegar a convertirlo en lo que

por definición llamamos expulsivo prolongado (más de 120 minutos en nulíparas).

Zanetti-Daellenbach et al, 2007; en su estudio sobre complicaciones obstétricas del parto en agua, concluyeron que la primera y segunda fase del parto se acortaba en el agua mientras la tercera fase se prolongaba (p: 0.003) (108). En un ensayo clínico controlado, Shahla Chaichian et al, 2009; observaron que la fase activa de la primera etapa del parto así como la tercera etapa, fueron más cortos en el grupo experimental de parto en agua, 72 y 1.3 minutos respectivamente (p: 0.004), sin embargo y concordando con los resultados de nuestro estudio, no observaron diferencias en la duración del período expulsivo (p: 0.9) (109). Contradictoriamente, Pellantova, 2003; describió que la única fase capaz de acortarse con el agua en su estudio, fue la segunda (107).

Científicos como Harper, 2000; apoyan la teoría de acortamiento de la labor y la justifican por una incrementada liberación de oxitocina gracias a la estimulación hidrocinética de los pezones de la madre al contacto con el agua (87) así como gracias a la posición que la madre adopta dentro de la bañera. Algunas investigaciones afirman que el agua no tiene mayor efecto en la duración del parto o que incluso podría prolongarlo, debido al efecto inhibitor del agua sobre

las contracciones maternas y debido a la relajación que se da en el músculo liso uterino (107).

Por último, un metanálisis de la biblioteca Cochrane, muestra cuatro ensayos: Rush 1996 (106); Schorn 1993 (110); Eckert 2001 (111); Cammu 1994 (112) (113), que proporcionaron datos sobre la duración de la primera y la segunda etapa del trabajo de parto, y no hubo diferencias estadísticamente significativas, concordando con los resultados de nuestro estudio.

Andrade afirma que el parto en agua le permite al producto un nacimiento sin “violencia” y una mejor adaptación al medio ambiente, ya que la transición es menos brusca por pasar de un ambiente líquido a otro igual (117). Sin embargo en este estudio no se encontraron diferencias en el APGAR al primer minuto en las dos modalidades de parto (p: 0,47).

A los cinco minutos ninguno de los recién nacidos presento un APGAR menor a 7 que nos indica que en los dos grupos de parto la intervención en aquellos recién nacidos con un APGAR menor a 7 fue oportuna. Estos resultados coinciden con el estudio *The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery*, en donde no existen diferencias significativas en el APGAR de los

neonatos, cualquiera que sea el medio en el que nacieron, tanto en el primer minuto y a los cinco minutos. (40)

Si comparamos el porcentaje de recién nacidos con un APGAR menor a 7 en las dos modalidades de parto un 62.5 % tuvo dicho APGAR en el parto normal frente a un 37.5 % en el parto en agua. A pesar de la diferencia se deben tomar en cuenta otros factores que influyen en esto además del medio en el que ocurre el parto.

Según Amaya et al, 2004 estos factores son la edad materna, la edad gestacional, la paridad, la duración del trabajo de parto, duración del periodo expulsivo, las distocias, parto instrumentado, tiempo de evolución de ruptura de membranas, sexo del recién nacido, entre otras. (115)

En nuestro estudio no se analizaron estos factores, ya que nos enfocamos más en los beneficios que podrían tener las madres frente al parto, lo que podría modificar los resultados obtenidos.

Andrade en el año 2000 y Henderson en el año 2014, en sus respectivas investigaciones analizaron también las infecciones neonatales, la necesidad de ingreso a la UCI neonatal y la morbi-mortalidad en los recién nacidos sin diferencias significativas entre el parto normal y parto en agua (116-117). Por lo

que podemos concluir que el agua no representa riesgos para los recién nacidos aparentemente.

Se deben realizar más investigaciones con un mayor número de participantes para determinar la influencia del agua sobre el APGAR, relacionándolo con los factores que podrían modificarlos.

CAPÍTULO V: LIMITACIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. LIMITACIONES METODOLÓGICAS

La muestra fue recogida en un mayor tiempo a lo estimado en las dos modalidades de parto, con el fin de obtener la muestra suficiente para llevar a cabo la investigación. Otra dificultad que enfrentamos es que la cantidad de partos normales a nivel privado, cada vez es menor encontrándonos con un número mucho mayor de cesáreas.

La cantidad de mujeres multíparas y nulíparas en las dos modalidades de parto no fue homogénea, siendo en el parto en agua mayor el número de nulíparas y en el parto normal sucedió lo contrario, siendo mayor el número de multíparas.

Se encontró mayor número de mujeres mayores de 35 años, de lo esperado, sin embargo no se excluyó a ninguna de ellas porque no presentaron complicaciones de importancia durante el embarazo y parto.

En cuanto a la cuantificación del dolor la limitación radicó en la subjetividad del mismo y todos los factores biopsicosociales que influyen en la percepción de éste. Además se utilizó la Escala Análoga Visual, en la cual es muy importante el nivel de educación de la madre para que la interprete correctamente la misma.

La satisfacción materna al igual que el dolor es un parámetro subjetivo ya que pueden influir nuevamente factores psicosociales de la madre. Las razones para que no se hayan sentido satisfechas fueron interrogadas vía telefónica a una muestra significativa de las madres y no en el momento del posparto inmediato.

La determinación del grado de desgarro fue otro de los limitantes de esta investigación por la subjetividad en la valoración de la persona que atendió el parto.

En el parto en agua no se realizan tactos vaginales a las madres para determinar la dilatación y el borramiento del cérvix, por lo que el tiempo de periodo expulsivo no es exacto, y es determinado según la percepción del profesional involucrado en la atención el parto. Pueden existir sesgos en cuanto al comienzo del período expulsivo y duración del mismo. En la clínica la Primavera se toma en cuenta la aparición de pujo en la madre para determinar el inicio de la segunda etapa del parto, mientras que en la clínica Santa Bárbara sí se realizan tactos vaginales.

2. CONCLUSIONES

- El parto en agua constituye un factor de protección para el dolor severo en el grupo de nulíparas con un valor estadísticamente significativo. En el

grupo de multíparas, se muestra lo contrario, siendo el parto en agua un factor de riesgo para el dolor severo, sin embargo este resultado carece de valor estadístico.

- En la presente investigación el parto en agua constituye un factor protector para el dolor severo aunque este dato carece de significancia estadística.
- El parto en agua constituye un factor protector frente al uso de analgesia durante la labor de parto en multíparas y en toda la población de estudio más no en el grupo de nulíparas.
- El parto en agua es un factor protector para la satisfacción materna con respecto al proceso del parto en mujeres nulíparas y en toda la población de estudio más no en el grupo de multíparas.
- El parto en agua es un factor protector para desgarros en el grupo de nulíparas. En la población general de estudio el parto en agua resultó ser un factor protector para desgarros igualmente.
- No se encontró significancia estadística en el grupo de mujeres nulíparas ni multíparas con respecto al grado de desgarro sufrido durante el parto.
- La media de tiempo de período expulsivo fue mayor en mujeres nulíparas del grupo de parto en agua (73.07 minutos) versus mujeres nulíparas del grupo de parto tradicional (36.66 minutos) con una diferencia de 36.41 minutos.

- La media de tiempo de período expulsivo fue mayor en mujeres multíparas del grupo de parto en agua (34.18) versus mujeres multíparas del grupo de parto tradicional (26.05) con una diferencia de 8.13 minutos.
- Es 1.37 veces más probable la prolongación del período expulsivo en mujeres que dan a luz en el agua, sin embargo este resultado carece de significancia estadística.
- El parto en agua constituye un factor protector tanto en nulíparas como en multíparas para un APGAR al minuto menor a 7. Este dato no es estadísticamente significativo.
- En nuestra muestra de estudio no encontramos ningún recién nacido con un APGAR a los cinco minutos menor a 7 por lo que concluimos que no existen diferencias significativas entre los dos tipos de parto.

3. RECOMENDACIONES

- El parto es un proceso fisiológico y natural que ha sido adaptado a la cultura de cada pueblo. Cada mujer tiene derecho a elegir la forma de llevar a cabo su parto según su cultura y su bienestar físico y mental. Cada médico tiene la responsabilidad de dar a conocer a la paciente sus

opciones y discutir con ella los beneficios y riesgos que conllevan, usando información científicamente probada.

- El parto en agua debe recomendarse principalmente a pacientes que tendrán su primer parto vaginal, incluso si han tenido cesáreas anteriores, pues el agua protege a la madre de dolor severo, desgarros perineales y disminuye el uso de analgesia.
- En mujeres nulíparas, el parto en agua debe recomendarse debido a que este incrementa la satisfacción de la madre con respecto al proceso del parto.
- No debe recomendarse un parto en agua a pacientes con labor de parto prolongada o signos de sufrimiento fetal ya que el agua puede extender el tiempo del período expulsivo.
- El parto en agua puede recomendarse a cualquier mujer, sea nulípara o multípara de manera segura para ella y para el recién nacido.
- La cantidad de desgarros en el grupo de parto tradicional en el que se realizaron episiotomías, no fue menor que en el grupo de parto en agua donde no se realizaron episiotomías, por lo que se recomienda reducir el número de episiotomías a las estrictamente necesarias.
- Si una paciente ha tenido una cesárea previa, no debe contraindicarse el parto cefalovaginal en agua. La evidencia indica que no existen complicaciones referentes a este evento.

- En cuanto al bienestar fetal al minuto y a los 5 minutos del nacimiento, se puede recomendar cualquier tipo de parto, ya sea en agua o tradicional, puesto que no se observaron diferencias estadísticamente significativas para esta variable.
- Otras variables como infecciones neonatales, infecciones maternas, admisión del neonato a UCI, pH del cordón umbilical, distocia durante la labor de parto, hematocrito del recién nacido, etc. pueden ser estudiadas para mayores recomendaciones.
- El parto en agua es una valiosa alternativa al parto tradicional que de forma segura debería ser implementada en el sistema de salud público del Ecuador.
- Se recomienda realizar nuevos estudios como ensayos clínicos controlados que posean una muestra mayor y que estudien las mismas variables para confirmar la seguridad y eficacia del parto en agua.
- Un estudio en madres que hayan experimentado las dos modalidades de parto sería ideal para la comparación de ciertas variables subjetivas como el dolor, necesidad de analgesia y satisfacción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Popular Reference Boreau. Data Finder, United States & International Profiles Estados Unidos. 2012. De Carl Haub y Toshiko Kaneda, demógrafos del PRB. [Fecha de acceso: 10/06/2013]. Cuadro de datos de la Población Mundial 2012. [20 páginas]. Disponible en: http://www.prb.org/pdf12/2012-population-data-sheet_spanish.pdf.
2. Plataformas pro derechos del nacimiento. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. 1985. [Actualizado: 2005; Fecha de acceso 28/06/2013]. Disponible en: <http://www.pangea.org/pdn/infonacin01.html>
3. Redalyc.org. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá . 2002 21(3). Buenos Aires 2002. Sistema de Información Científica Redalyc ®. Universidad Autónoma del Estado de México Versión 2.0 © 2012. [Fecha de acceso 22/06/2013]. Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto. [2 paginas]. [Fecha de acceso 11/06/2013]. Disponible en : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91221311>.
4. Uche Menakaya, Shakeeba Albayati, Elizabeth Vella, Jennifer Fenwick , Donald Angstetra. A retrospective comparison of water birth and conventional vaginal birth among women deemed to be low risk in a secondary level hospital in Australia. Women and Birth. Nov. 2012. [Fecha de acceso 24/06/2013]. Disponible en: [http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(12\)00072-8/fulltext](http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(12)00072-8/fulltext)
5. Clínica la Primavera. Historia del Parto en Agua. [Fecha de acceso 12/05/2013]. Disponible en:

http://nacerconamor.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=158:historia-del-parto-en-agua&catid=37:popular.

6. C. De Punzio, E. Neri¹, P. Metelli, M. S. Bianchi, M. Venticinque, M. Ferdeghini and P. Fiorett. The relationship between maternal relaxation and plasma β -endorphin levels during parturition. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 1994. [Actualizado en 01/05/2010]. Vol. 15, No. 4: Pages 205-210. [Fecha de acceso 29/05/2013]. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/01674829409025647> .
7. Michael G, Pinnette, MD Joseph Wax, MD, Elizabeth Wilson, MS, RN. The risks of underwater birth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* [revista en Internet]. May 2004. [Fecha de acceso 20/05/2013]. Volume 190, Issue 5, Pages 1211-1215. Disponible en: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(03\)02126-4/abstract](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(03)02126-4/abstract).
8. Birth balance. Natalie Jung. 2014. [Fecha de acceso 20/05/2014]. Her Story of Waterbirth. Disponible en: <http://www.birthbalance.com/herstory.shtml>
9. Celdran G. Pancraccio. La Figura de Hipócrates. El amor y la vida material en la Grecia clásica [revista en Internet] 2001. [Fecha de acceso: 12/05/2014]. Madrid: Ediciones Clásicas. Cap. 4º, pag: 104-108. Disponible: <http://www.alcoberro.info/pdf/hipocrates.pdf>.
10. Castiglioni, A. Historia de la Medicina. Salvat Editores S. A. Barcelona. 1941. Pág.: 857
11. Harley J. M. G. Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. Editorial Interamericana. 1980. [Fecha de acceso: 11/08/2014]. Vol. 3: (5). Pág.: 525-554. Disponible en:

http://www.hospitalelcarmen.gob.pe/documentos/protocolos/publicaciones/Antecedentes_Historicos_De_La_Operacion_Cesarea_En_Huancayo.pdf

12. Antropología Médica. Prof. Reverte, C, Jose. 2010. [Fecha de acceso 05/09/2014]. El parto entre los pueblos primitivos. Disponible en: <http://www.gorgas.gob.pa/museoafc/loscriminales/antropologia/parto.html>
13. Harvey A. Gabert y Mohammed Bey. Historia y Desarrollo de la Cesárea. Ginecología y Obstetricia. 1988. Temas Actuales 15 (4). Pág.: 591- 604.
14. Pregnancy. Birth & Beyond. 2012. [Fecha de acceso 12/06/2014]. The History of Waterbirth. Disponible en: <http://www.pregnancy.com.au/birth-choices/waterbirth/waterbirth-articles/the-history-of-waterbirth.shtml>
15. Quinde, P, Isidoro. Historia del Pueblo Cañari. Revista Yachaikuna. [revista en Internet]. 2001. [Fecha de acceso 10/09/2014]. Volumen 1. Disponible en: <http://icci.nativeweb.org/yachaikuna/1/quinde.pdf>.
16. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento y tecnología adecuada para el parto. 1985. Publicada en Lancet 1985; 2: 436-437. [Fecha de acceso 11/10/2014] Disponible en: http://www.holistika.net/parto_natural/oms/recomendaciones_de_la_oms_sobre_el_nacimiento_ano_1985.asp
17. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W, Leduc N, Misago C. The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. BMC Womens Health. 2011; 11: 53. Published online Nov 25, 2011. [Fecha de acceso 11/10/2014] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3297517/>

18. Ainoa Biurrun-Garrido, Josefina Goberna-Tricas. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. Universidad de Barcelona. Matronas Prof. 2013; 14(2): 62-66. [Fecha de acceso 21/06/2014] Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/49091/1/631224.pdf>
19. Van Teijlingen E, Lowis G, McCaffery P, Potter M. Midwifery and medicalization of childbirth: Comparative perspectives. Nueva York: Nova Science Publishers, 2004. [Fecha de acceso 22/06/2014] Disponible en: https://www.novapublishers.com/catalog/product_info.php?products_id=352
20. Akrich M, Leane M, Arriscado J. Practising childbirth activism: a politics of evidence. Papiers de Recherche du CSI. París: Centre de Sociologie de l'Innovation, 2012. [Fecha de acceso 10/09/2014] Disponible en: http://www.csi.ensmp.fr/working-papers/WP/WP_CSI_023.pdf
21. Coalition for improving maternity services. CIMS. The First Consensus Initiative of the Coalition for Improving Maternity Services. Mother-friendly childbirth initiative. July 1996. [Fecha de acceso 13/09/2014] Disponible en: <http://www.motherfriendly.org/MFCI>
22. Berkowitz G, Scott K, Klaus M. A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. British Journal of Obstetrics and Gynecology, 180 (5), 1054-1059. 1999. [Fecha de acceso 13/09/2014].
23. Nueve Lunas. Atención humanizada al parto y al nacimiento. Mexico 2007. [Fecha de acceso 25/10/2014] Disponible en: <http://www.nuevelunas.org.mx/PARTOHUMANIZADO.pdf>

24. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal. Revisión Cochrane. Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 4. Oxford Update. Chechester, UK. [Fecha de acceso 17/06/2014] Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000081sp.pdf>
25. The Advisory Board. Coming to term: Innovations in safely reducing cesarean rates. Medical Leadership Council, Washington DC, 1996. [Fecha de acceso 17/06/2014]
26. Organización Panamericana de la Salud. OPS entrega premios a las experiencias ganadoras de Ecuador en el Concurso Regional de Maternidad Segura. Última actualización: martes 07 de agosto del 2012. [Fecha de acceso 12/12/2013] Disponible en: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=612:ops-entrega-premios-experiencias-ganadoras-ecuador-concurso-regional-maternidad-segura&catid=297:events&Itemid=360
27. Área de Salud Número 12. Hospital Raúl Maldonado Mejía Cantón Cayambe. Por un parto culturalmente adecuado: Un derecho de las mujeres y de los recién nacidos. Diciembre 2011. [Fecha de acceso 11/01/2014] Disponible en: <http://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2014/03/Sistematizacion-Parto-Culturalmente-Adecuado1.pdf>
28. Carvajal A. Ángeles, González F. María. Propiedades y funciones biológicas del agua. Agua para la salud: pasado, presente y futuro. Universidad Complutense de Madrid. Vaquero y Toxqui. 2012. Pág.:33-45.
29. Rodríguez G. El agua: recurso natural y elemento de desarrollo. Medio ambiente y desarrollo: hacia un manejo sustentable del agua. [revista en

- Internet]. 2007. [Fecha de acceso 10/09/2014]. Volumen 1. Disponible en: <http://www.fusda.org/revista11pdf/Revista11-2ELAGUARECURSONATURALYELEMENTODEDESARROLLO.pdf>.
30. Universidad Austral de Chile. Tipología de los usos del agua. 2001. [Fecha de acceso 02/05/2014]. Disponible en: http://www.uach.cl/proforma/insitu/2_insitu.pdf.
31. Arce C. Hidroterapia – Generalidades – Bases biofísicas – Fundamentos Clínicos- Modalidades y Técnicas de aplicación – Indicaciones y Contraindicaciones. Lima, Perú. 2011. [Fecha de acceso 07/09/2014]. Disponible en: <http://www.arcesw.com/hidroterapia.pdf>.
32. Delgado S. Técnicas y Tecnologías en Hidrología Médica e Hidroterapia. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias N° 50 Madrid. 2006. [Fecha de acceso 07/09/2014]. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=13/12/2012-e64c677197>.
33. Biosalud- Instituto de Medicina Biológica y Antienvjecimiento. Bueno C. Cortes. 2009. [Fecha de acceso 05/10/2014]. La Hidroterapia. Disponible en: <http://www.biosalud.org/archivos/noticias/4hidroterapia1.pdf>.
34. Saz P. Pablo. Hidroterapia. 2012. [Fecha de acceso 16/08/2014]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-bal/hidroterapia.pdf>.
35. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. 2012. [Fecha de acceso 13/06/2013]. Disponible en : <http://www.thecochranelibrary.com>.

36. Rodríguez F. Gabriel e Iglesias S. Rodrigo. Bases Físicas de la Hidroterapia. Fisioterapia. [revista en Internet]. 2006. Volumen 2. Pág.: 14-21. [Fecha de acceso 19/09/2014]. Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-fis/bases_fisicas_de_la_hidroterapia.pdf.
37. Parto en el agua: Un método natural, para un nacimiento sin violencia. Actualizado el 10 de Noviembre del 2010. [Fecha de acceso 29/08/2014] Disponible en:
http://www.durga.org.es/webdelparto/parto_en_el_agua.htm
38. Burns, E, Kitzinger, S. Midwifery guidelines for use of water in labour. 2001. Publicado en el 2005. Oxford centre for health care research and development, Oxford Brookes University. [Fecha de acceso 04/06/2013]. Disponible en:
<https://www.birthinternational.com/products/books/midwifery-guidelines-for-the-use-of-water-in-labour-2nd-edition>.
39. Shahla Chaichian MD, Ali Akhlaghi MD, Firouzeh Rousta PhD, Mahboobeh Safavi PhD. Experience of Water Birth Delivery in Iran. Arch Iranian Med 2009; [Fecha de acceso 15/06/2013]. 12 (5): 468 – 471. Disponible en:
<http://www.ams.ac.ir/AIM/09125/007.pdf>.
40. Leyla Mollamahmutoğlu1, Özlem Moraloğlu1, Şebnem Özyer1, Filiz Akın Su1, Rana Karayalçın1, Necati Hançerlioğlu1, Özlem Uzunlar1, Uğur Dilmen. The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. Feb. 2013. [Turkish-German Gynecological Education and Research Foundation. [Fecha de acceso 30/06/2013]. Disponible en:
<http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=the%20effects%20of%20i>

[mmersion%20in%20water%20%20on%20labor%2C%20birth%20and%20newborn%20comparison&source=web&cd=1&ved=0CDIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.journalagent.com%2Fz4%2Fdownload_fulltext.asp%3Fpdir%3Djtgga%26plng%3Dtur%26un%3DJTGGA-59489&ei=qHzSUFqKMirC9Q5jxYFo&usg=AFQjCNE4qIOqTB9dVUosNe_3d4BufKcQHg](http://www.journalagent.com/2Fz4%2Fdownload_fulltext.asp%3Fpdir%3Djtgga%26plng%3Dtur%26un%3DJTGGA-59489&ei=qHzSUFqKMirC9Q5jxYFo&usg=AFQjCNE4qIOqTB9dVUosNe_3d4BufKcQHg) .

41. Mackey M. Use of water in labor and birth. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 2001. [Actualizado en 29/08/2012]. Volume 44 - Issue 4 - pp 733-749. [Fecha de acceso 12/06/2013]. Disponible en: http://journals.lww.com/clinicalobgyn/Citation/2001/12000/Use_of_Water_in_Labor_and_Birth.11.aspx
42. Benfield R, Hortobagyi T, Tanner CJ, Swanson M, Heitkemper MM, Newton ER. The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses and contraction dynamics during labour. *Biological Research for Nursing*. 2010;12(1):28–36
43. Thoeni A, Zech N. Review of 2225 underwater births in a single institution. Department of Gynaecology and Obstetrics, Vipinelo Italia. 2011. [Fecha de acceso 30/06/2013]. Disponible en: <http://www.gimnogravida.pt/Documentos/Estudo%20de%202225%20partos%20na%20agua.pdf>
44. Eberhard, J & Geissbuehler, V (1999) Influence of alternative birth methods on traditional birth management, cited in Burns EE. *Fetal Diagnosis and Therapy*. 2004. [Fecha de acceso 29/06/2013]. Disponible en: <http://www.karger.com/Article/FullText/21023>.

45. Bodner K, Bodner-Adler B, Wierrani F, Mayerhofer K, Fousek C, Niedermayr A, Grünberger W. Effects of water birth on maternal and neonatal outcomes. *Wien Klin Wochenschr.* 2002 Jun 14. [Fecha de acceso 30/06/2013]. 114(10-11):391-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12708093>.
46. Menakaya U, Albayati S, Vella E, Fenwick J, Angstetra D. A retrospective comparison of water birth and conventional vaginal birth among women deemed to be low risk in a secondary level hospital in Australia. *Women Birth.* 2013 Jun;26. [Fecha de acceso 30/06/2013]. 114-8. doi: 10.1016/j.wombi.2012.10.002. Epub 2012 Oct 31. Disponible en: [http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(12\)00072-8/fulltext](http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(12)00072-8/fulltext).
47. Geissbuhler V, Eberhard J. Experience with water births: a prospective longitudinal study of 9 years with almost 4000 water births. *Gynakol Geburstshilfliche Rundsch.* 2003. [Fecha de acceso 11/06/2013]. 43: 12-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12499752>
48. Carpenter L, Weston L. Neonatal respiratory consequences from water birth. *Journal of Paediatrics and Child Health.* 2012;48(May (5)):419–423. [Fecha de acceso 18/06/2013]. Disponible en : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1754.2011.02241.x/abstract;jsessionid=A86F358707D13B550E8C698A9D41B509.d02t03>.
49. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. 2012. [Fecha de acceso 13/06/2013]. Disponible en : <http://www.thecochranelibrary.com>.

50. Jessimann WC. Immersion on water: use of a pool by women in labour. British Journal of Midwifery. 2009; [Fecha de acceso 13/06/2013].17(9):583–587. Disponible en: http://www.intermid.co.uk/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=43899;article=BJM_17_9_583_587;format=pdf.
51. Northern Health and Social Care Trust. NHSCT Acute Directorate. Water for Labour and Birth Guideline. December 2010. [Fecha de acceso 29/08/2014] Disponible en: http://activebirthpools.com/wp-content/uploads/2014/10/Water_for_Labour_and_Birth_Guideline.pdf
52. Clínica la Primavera. Preguntas frecuentes. [Fecha de acceso 12/05/2013]. Disponible en: http://nacerconamor.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=67&Itemid=517
53. Spanish Protocols. Procedimientos y protocolos para el parto de inmersión en agua tibia. [Fecha de acceso 02/09/2013]. Disponible en: http://www.waterbirth.org/assets/documents/Spanish_protocols.PDF
54. Elizabeth Nutter. Waterbirth Fundamentals for clinicians. Journal of Midwifery and Women´s Health. Volume 59, Issue 3. May/June 2014. [Fecha de acceso 02/09/2013]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12193/abstract>
55. Healthy Start Clinical Reference Group. Government of South Australia. Policy - Birth in Water. Publicado en Diciembre del 2005. Última revision en Diciembre del 2007. [Fecha de acceso 02/09/2013]. Disponible en: <http://www.activebirthpools.com/wp-content/uploads/2014/05/Birth-in-Water-Policy.pdf>

56. Acosta F. Prácticas y representaciones del parto en el contexto urbano. Universidad Politécnica Salesiana De Quito. 2006. [Fecha de acceso 29/09/2014]. Disponible en: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/2172/6/UPS-QT00397.pdf>.
57. Almeida V. Lourdes y Almeida V. Luis. Fundamentación del modelo de gestión intercultural ecuatoriana en la atención primaria de salud. Colegio Médico del Guayas. 2014. [Fecha de acceso 20/10/2014]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_8_14/san19188.html.
58. Alcedo H. Dionisio. Compendio histórico de la provincia de Guayaquil. Universidad de Guayaquil. 1987.
59. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. 2012. [Fecha de acceso 07/07/2014]. Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D311.pdf.
60. Silvana García Moreno. Diseño de elementos de asistencia a la mujer gestante en su labor de parto vertical en agua. Universidad de las Américas. Año 2010. [Fecha de acceso 15/01/2014]. Disponible en internet.
61. Miguel Angel Luque Fernández, María Isabel Oliver Reche. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. El caso de las mujeres inmigradas. Revista Scielo. Index Enferm v.14 n.48 49. Granada primavera/verano 2005. [Fecha de acceso 23/09/2014]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132-12962005000100002&script=sci_arttext
62. Instituto Nacional de Estadística y Censos. INEC. Anuario de estadísticas vitales y defunciones 2011. [Fecha de acceso 03/10/2014]. Disponible en:

http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2011.pdf

63. María Fernanda Acosta. Prácticas y representaciones del parto en contextos urbanos. El caso de las parteras en los valles de Quito. Universidad Politécnica Salesiana. Quito 2006. [Fecha de acceso 09/09/2014]. Disponible en: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/2172/6/UPS-QT00397.pdf>
64. Laotzé. El gran libro del Tao. Conocimiento y técnicas para despertar la energía interior. (Siglo VI A.C.). [Fecha de acceso 10/11/2014]. Disponible en: <https://unhombreperplejo.files.wordpress.com/2014/06/lao-tse-tao-te-king.pdf>
65. Raquel da Rocha Pereira, Selma Cristina Franco, Nelma Baldin. El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto. Revista Brasileira de Anestesiología. Vol. 61, No 3, Mayo-Junio, 2011. [Fecha de acceso 13/05/2014]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/es_v61n3a14.pdf
66. Leap N, Anderson T. The role of pain in normal birth and the empowerment of women. En: Downe S, ed. Normal childbirth. Evidence and debate. Londres: Elsevier, 2008. [Fecha de acceso 19/05/2014].
67. Patricia Nuñez. Experiencias en torno al dolor en el parto hospitalario: una aproximación antropológica. Matronas Prof. 2014; 15(2): 43-49. [Fecha de acceso 19/05/2014]. Disponible en: www.federacion-matronas.org/rs/1145/.../original-dolor-parto.pdf
68. Schwarz Patricia Karina Natalia. Experiencias y significados del dolor durante el parto en mujeres jóvenes de sectores socioeconómicos medios y

bajos de la Ciudad de Buenos Aires. ISBN-13: 978-987-27772-2-5. Editorial: Investigaciones en Artes Escénicas y Performáticas. Fecha publicación: 8/2012. [Fecha de acceso 10/10/2013]. Disponible en: <http://red.antropologiadelcuerpo.com/wp-content/uploads/Schwarz-Patricia-GT3.pdf>

69. Mario Toscano, Mauricio Zurita. Fisiopatología Del Dolor Gineco-Obstétrico. REV. ECU. ANEST. 1996; 1: 1: 54-56 REVISIONES. Hospital Carlos Andrade Marín. Quito – Ecuador. [Fecha de acceso 06/06/2014]. Disponible en: http://www.clasa-anestesia.org/revistas/ecuador/HTML/EcuadorFisiopatologa_Del_Dolor_GinecoOb.htm

70. Muriel Clemente. Evaluación y diagnóstico del dolor. Reunión de Expertos. Salamanca, 22 y 23 de Octubre de 2007. [Fecha de acceso 06/06/2014]. Disponible en internet.

71. Luis M. Torres. Tratado de anestesia y reanimación. Arán ediciones. España. Año 2001. [Fecha de acceso 08/09/2014]. Disponible en: http://books.google.com.ec/books?id=nxtZSUOtzPsC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

72. Cristina Solaz Roldan, Ariel Demartini Ferrari, r. Manuel Eleno Seisdedos, Mario Jiménez Palacios. Guía de información al paciente sobre la analgesia en el parto. Valencia – España. Año 2006. [Fecha de acceso 08/09/2014]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.1372-2006.pdf>

73. Abril G. Francis, Guevara V. Alexandra, Cruz R. Albeiro, Rubio R. Jorge. Factores de Riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía por

personal de entrenamiento en un Hospital Universitario de Bogotá. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [revista en Internet]. 2009. [Fecha de acceso 18/10/2014]. Volumen 60. No. 2. Pág.: 143-151.

Disponible en:

http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol60No2_Abril_Junio_2009/v60n2a04.pdf.

74. Bonilla F. Musoles y Pellicer A. Obstetricia, Reproducción Y Ginecología Básicas. 1º Edición. Editorial Médica Panamericana. 2007. [Fecha de acceso 08/09/2014]. Lesiones del parto: Desgarro Vaginal. Pág.: 571-572.

Disponible en: [http://books.google.com.ec/books?id=uk9tU-](http://books.google.com.ec/books?id=uk9tU-YznoMC&pg=PA572&dq=desgarros+perineales&hl=es&sa=X&ei=e09HVN_OcvHgwTryYGoCA&ved=0CEsQ6AEwCQ#v=onepage&q&f=false)

[YznoMC&pg=PA572&dq=desgarros+perineales&hl=es&sa=X&ei=e09HVN_OcvHgwTryYGoCA&ved=0CEsQ6AEwCQ#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.ec/books?id=uk9tU-YznoMC&pg=PA572&dq=desgarros+perineales&hl=es&sa=X&ei=e09HVN_OcvHgwTryYGoCA&ved=0CEsQ6AEwCQ#v=onepage&q&f=false).

75. Lombardía G. y Fernández M. Ginecología y Obstetricia Manual de consulta rápida. 2º Edición. Editorial Médica Panamericana. 2007. [Fecha de acceso 09/09/2014]. Complicaciones Intraparto: Desgarros perineales y de la vagina. Pág.: 560-561. Disponible en:

http://books.google.es/books?id=_ooibvIA4nWC&pg=PA561&dq=DESGARROS+PERINEALES&hl=es&sa=X&ei=jIRHVLTKdeRgwTgo4DICg&ved=0C0Q6AEwAg#v=onepage&q&f=false.

76. Hospital Universitario Clínico de Barcelona. Servicio de Medicina Materno-Fetal. Protocolo sobre Lesiones perineales de origen obstétrico: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento. 2014. [Fecha de acceso 09/09/2014]. Disponible en:

http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%209trico.pdf.

77. F. Gary Cunningham, John Whitridge Williams. *Obstetricia de Williams*: 22a edición. McGraw-Hill/Interamericana, 2006. [Fecha de acceso 13/03/2013]. Disponible en: http://books.google.es/books/about/Obstetricia_de_Williams.html?id=6iK6AAAACAAJ
78. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo del Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. OMS. *Cuidados en el parto normal: Una Guía Práctica*. Ginebra 1996. [Fecha de acceso 28/04/2013]. Disponible en: http://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf
79. Juan Aller, Gustavo Pagés. *Obstetricia Moderna*. 3ra edición. Mc Graw Hill-Interamericana, 1999. [Fecha de acceso 13/03/2013]. Disponible en: http://books.google.co.ve/books/about/Obstetricia_moderna_3_Ed.html?hl=es&id=P6KCAAACAAJ
80. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Operative vaginal delivery*. ACOG Practice Bulletin number 17, American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington, DC 2000. [Fecha de acceso 28/04/2013]. Disponible en: <http://libraryguides.missouri.edu/ACOG>
81. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Consejo Nacional de Salud CONASA. *Componente Normativo Materno*. Agosto del 2008. [Fecha de acceso 15/05/2013]. Disponible en: www.conasa.gob.ec
82. Ricardo Schwarcz. *Obstetricia de Schwarcz*. Editorial El Ateneo, 1995. [Fecha de acceso 15/05/2013]. Disponible en:

[http://books.google.es/books/about/Obstetricia.html?hl=es&id=AXdLewAA
CAAJ](http://books.google.es/books/about/Obstetricia.html?hl=es&id=AXdLewAA
CAAJ)

83. Philip F. Rice. Desarrollo Humano: Estudio del Ciclo Vital. 2° Edición. Editorial Pearson-Prentice Hall. 2000. [Fecha de acceso 09/09/2014]. Escala de APGAR. Pág. 107. Disponible en:
http://books.google.com.ec/books?id=ZnHbCKUCtSUC&pg=PA107&dq=escala+de+apgar+neonatal&hl=es-419&sa=X&ei=KLO_VP2EEoi6ggTo14KABQ&redir_esc=y#v=onepage&q=escala%20de%20apgar%20neonatal&f=false.
84. Docencia. Maya M. José. 2009. [Fecha de acceso 20/09/2014]. Adaptación Neonatal. Disponible en:
<http://neyitery.blogspot.com/2009/06/adaptacion-neonatal.html?m=1>.
85. González C. Gustavo e Hinojosa G. Anselmo. Virginia Apgar - Una anesthesióloga fuera de serie. Revista Mexicana de Anestesia. [revista en Internet]. 2004. [Fecha de acceso 12/09/2014]. Volumen 16 Número 1. Disponible en:
<http://www.anestesiaenmexico.org/RAM1/Art/Especiales/Apgar/ApgarWeb/ApgarVirginia2.html>.
86. Young K, Kruske S. Water immersion in Queensland: evidence, access & uptake. Brisbane: Queensland Centre for Mothers & Babies. The University of Queensland; 2012. [Fecha de acceso 18/06/2013]. Disponible en:
<http://www.qcmb.org.au/media/pdf/Water%20Immersion%20Report.pdf>
87. Harper B. Waterbirth basics. From newborn breathing to hospital protocols. Midwifery Today Magazine. Verano del 2000, (54): 9 – 15, 68.

[Fecha de acceso 08/11/2014] Disponible en:

<http://www.waterbirth.org/assets/documents/Waterbirth%20Basics.pdf>

88. Mackinnon, A. (2000) A spreadsheet for the calculation of comprehensive statistics for the assessment of diagnostic tests and inter-rater agreement. *Computers in Biology and Medicine*, 30(3), 127-134.
89. Morales D , Bullones A, Carmona F., Abellán I. , Moreno A. Peñacoba C. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nure Investigation*. [revista en Internet]. 2008. [Fecha de acceso: 04/11/2014]. Volumen 2. Número 37. Disponible en : http://www.fuden.eu/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyemb37210200893951.pdf.
90. Nieland N, Roger D. Emotion control and analgesia in labour. *Pers Individ Dif*. 1993; 14(6) Pag: 1-3.
91. Nutter E, Meyer S, Shaw-Battista J, Marowitz A. Waterbirth: an integrative analysis of peer-reviewed literature. *Midwifery Womens Health*. [revista en Internet]. 2014. [Fecha de acceso: 04/11/2014]. Volumen 59. Número 3. Pág.: 286-319. Disponible en: http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fjfmwh.12194?r3_referer=wol&show_checkout=1
92. Meyer SL, Weible CM, Woeber K. Perceptions and practice of waterbirth: a survey of Georgia midwives. *Midwifery Womens Health*. [revista en Internet]. 2010. [Fecha de acceso: 03/11/2014]. Volumen 55. Número 1. Pág.: 5-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526952309000440>.

93. National Institute for Clinical Excellence. The guidelines manual. [monografía en Internet]. London: NICE: 2004; National Institute for Clinical Excellence, 13-4-2007 [Fecha de acceso 15-5-2014]; Disponible en: <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=422950>.
94. Dickinson JE, Paech MJ, McDonald SJ, et al. Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2003; 43(6):463-8. [Fecha de acceso 02/02/2014]
95. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2002; 186. [Fecha de acceso 02/02/2014] Disponible en: <https://www.childbirthconnection.org/pdfs/hodnettonlineajog.pdf>
96. Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. BMC Pregnancy Childbirth 2007; 7:26. [Fecha de acceso 02/02/2014] Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/7/26>
97. Sistema Nacional de Salud de España. Guía de práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Última actualización: diciembre 2010. [Fecha de acceso 08/10/2014] Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/parto_normal/resumida/apartado07/alivio_dolor01.html

98. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* 2004 Apr; 46(2): 212-9. [Fecha de acceso 22/10/2014] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15056335>
99. McCrea BH, Wright ME. Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour. *J Adv Nurs* 1999 Apr; 29(4): 877-84. [Fecha de acceso 22/10/2014] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10215979>
100. Francis Paulina Abril Gonzalez M.D. Alexandra Sofía Guevara Villarreal M.D. Alveiro Ramos Cruz M.D. Jorge Andrés Rubio Romero M.D. Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un hospital universitario de Bogotá (Colombia 2007). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. Vol 60. No 2. 2009. [Fecha de acceso 04/11/2014]. Disponible en: http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol60No2_Abril_Junio_2009/v60n2a04.pdf
101. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. 2005 Sep; 32(3):219-23. [Fecha de acceso 04/11/2014] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16128977>
102. Rockner G; Fianu-Jonasson A. Changed pattern in the use of episiotomy in Sweden. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 1999 Feb; 106(2): 95-

101. [Fecha de acceso 04/11/2014] Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10426673>

103. Geissbuhler Verena and Eberhard Jakob. Waterbirths: A Comparative Study A Prospective Study on More than 2,000 Waterbirths. Fetal Diagnosis and Therapy.[revista en Internet]. 2000. [Fecha de acceso:19/10/2014]. Volumen 15. Pág.: 291-300. Disponible en:
http://www.waterbirth.org/assets/documents/FD_T_Waterbirth-AComparitiveStudy.pdf.

104. Mollamahmutoğlu L., Moraloğlu O. , Özyer S. , Akın S. , Karayağın R. , Hançerlioğlu N. The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. Journal of the Turkish-German Gynecological Association.[revista en Internet]. 2012. [Fecha de acceso: 01/11/2014]. , Volumen . 13. Número 1. Pág.: 45. Disponible en:
<http://connection.ebscohost.com/c/articles/73905200/effects-immersion-water-labor-birth-newborn-comparison-epidural-analgesia-conventional-vaginal-delivery>

105. Dahlen H., Dowling H., Tracy M., Schmied V., Tracy S. Maternal and perinatal outcomes amongst low risk women giving birth in water compared to six birth positions on land. A descriptive cross sectional study in a birth centre over 12 years. Midwifery. [revista en Internet]. 2013. [Fecha de acceso: 05/11/2014]. Volumen 29. Número 7. Pág.: 59-64. Disponible en: [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(12\)00125-8/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(12)00125-8/abstract)

106. Rush J, Burlock S, Lambert K, Loosley-Millman M, Hutchison B, Enkin M. The effects of whirlpools baths in labor: a randomized, controlled trial. 1996; 23:136 – 143. [Fecha de acceso 03/11/2014] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8924099>
107. Pellantová S, Vebera Z, Půcek P. Water delivery; a 5-year retrospective study. Ceska Gynekol. May 2003; 68:175 – 179. . [Fecha de acceso 20/08/2014] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12879656>
108. R.A. Zanetti-Daellenbach et al. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 134 (2007) 37–43. Women’s University Hospital Basel, Spitalstrasse 21, 4031 Basel, Switzerland. September 2006. [Fecha de acceso 10/10/2014]. 12 (5): 468 – 471. Disponible en: www.elsevier.com/locate/ejogrb
109. Shahla Chaichian MD, Ali Akhlaghi MD, Firouzeh Rosta PhD, Mahboobeh Safavi PhD. Experience of Water Birth Delivery in Iran. Archives of Iranian Medicine, September 2009; [Fecha de acceso 15/06/2013]. 12 (5): 468 – 471. Disponible en: <http://www.ams.ac.ir/AIM/09125/007.pdf>.
110. Schorn MN, McAllister JL, Blanco JD. Water immersion and the effect on labor. Journal of Nurse-Midwifery 1993;38(6):336-42. [Fecha de acceso 03/04/2014]. Disponible en:

https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Immersion%20in%20Water%20%20for%20Labour%20and%20Birth_0.pdf

111. Eckert K, Turnbull D, MacLennan A. Immersion in water in the first stage of labor: a randomised controlled trial. *Birth* 2001;28(2):84-93. 4th Annual Congress of the Perinatal Society of Australia & New Zealand; 1998 March 30-April 4; Alice Springs, Australia 1998: 40. [Fecha de acceso 15/01/2014].
112. Cammu H, Clasen K, Van Wetteren L. Is having a warm bath during labour useful? *Journal of Perinatal Medicine* 1992;20:104. [Fecha de acceso 10/10/2014].
113. Cammu H, Clasen K, Van Wetteren L, Derde M. 'To bathe or not to bathe' during the first stage of labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1994;73:468-72. [Fecha de acceso 10/10/2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8042458>
114. Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth* 2007; 7:26. [Fecha de acceso 02/02/2014] Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/7/26>

115. Amaya Alex et al. Factores prenatales e intraparto relacionados con un puntaje APGAR bajo. Rea Ciencia. [revista en Internet]. 2004. [Fecha de acceso: 04/11/2014]. Disponible en: <http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/211/1/FACTORES%20PRENATALES%20E%20INTRAPARTO%20RELACIONADOS%20CON%20PUNTAJE%20DE%20%20APGAR%20BAJO.pdf>.
116. Henderson J. Burns E. Regalia A. Casarico G. Boulton M. Smith L. Labouring women who used a birthing pool in obsteric units in Italy: prospective observational study. BMC Pregnancy Childbirth. [revista en Internet]. 2014. [Fecha de acceso: 04/11/2014]. Volumen 14. Número 17. Disponible en: <http://www.readcube.com/articles/10.1186/1471-2393-14-17>
117. Andrade Vinicio et al. Parto en agua: Morbi-Mortalidad Neonatal. Revista Ecuatoriana de Pediatría. [revista en Internet]. 2000. [Fecha de acceso: 02/11/2014]. Volumen 1. Número 2. Pág.: 25-30. Disponible: http://www.franciscolopez.com/index.php?option=com_docman&task=category_view&gid=10&Itemid=11 .

ANEXO#1:HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

¡FELICITACIONES A LA NUEVA MAMÁ!

- NOMBRE:

-EDAD:

- NÚMERO DE PARTOS VAGINALES:

- PRESENTÓ ALGUNA DE LAS SIGUIENTES COMPLICACIONES EN SU EMBARAZO:

1. PRESIÓN ALTA
2. DIABETES GESTACIONAL
3. INFECCION DE VÍAS URINARIAS
4. SANGRADOS
5. OTRO _____

- CALIFIQUE EL DOLOR QUE SINTIÓ DURANTE SU PERÍODO EXPULSIVO DEL 1 AL 10 EN LA SIGUIENTE ESCALA SIENDO 1 LO MÁS LEVE Y 10 LO MÁS DOLOROSO.



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



-¿FUE EL PROCESO DEL PARTO UNA EXPERIENCIA DE SU AGRADO?

SI

NO

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SERÁ LLENADA POR SU MÉDICO:

-DESGARROS PERINEALES:

NÚMERO:

GRADOS:

-TIEMPO QUE DURÓ EL PERÍODO EXPULSIVO: _____

-NECESIDAD DE ANALGESIA Y TIPO: _____

- HUBO SUFRIMIENTO FETAL:

SI

NO

- APGAR DEL RECIÉN NACIDO:

AL MINUTO: _____

A LOS 5 MINUTOS: _____

Hoja llenada por:

ANEXO #2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con motivo de la realización de una Tesis de grado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador cuyas autoras son la Señorita Diana Bolaños y la Señorita Daniela Guerrero, estudiantes del último año de la Facultad de Medicina en la institución mencionada, se le solicita a la futura mamá, brindarnos su consentimiento para realizarle una encuesta corta después del nacimiento de su bebé.

Le agradecemos de antemano su colaboración.

Yo, _____, doy mi consentimiento y certifico haber sido informada sobre la encuesta que se me aplicará después del nacimiento de mi bebe.

FIRMA:

PROCEDIMIENTO PARA DESINFECCION DEL AREA DE PARTO EN AGUA

Se recuerda que el area de parto en agua incluye:
SALA DE MASAJES, SALAS DE PARTO (tinas, muebles, equipo
medico, etc.), SALA DE REVISION, SALA DE CAMILLAS.

Pasos:

- 1.-Utilizar guantes de manejo para las desinfecciones.
- 2.-Preparar: recipiente + compresas suficientes + agua
+detergente.
- 3.-Limpiar con el agua jabonosa todo los muebles de madera,
De vidrio, de plástico, espejos, de metal, incluyendo cajones y
Estanterías , soportes, camillas, colchonetas, para lo cual se
Retirara lencería, equipos e insumos existentes en dichos
Lugares.
- 4.-Enjuagar todo los muebles de madera, de vidrio, de plástico,
Espejos, de metal, incluyendo cajones y estanterías, soportes,
camillas, colchonetas, las veces que sean necesarias, hasta
retirar por completo el detergente.
- 5.-Secado minucioso de: todos los muebles de madera, de vidrio,
Espejos, de plástico, de metal, incluyendo cajones y
estanterías, soportes, camillas, colchonetas.
- 6.-Desinfección de todos los muebles de madera, de vidrio, de
Plástico, espejos, de metal, incluyendo cajones y estanterías,
soportes, camillas, colchonetas, equipos médicos, asientos de
madera, con compresa limpia y alcohol.
- 7.-Sacudir y desinfectar las alfombras según sea el caso (no
Sacudir dentro del area)
- 8.-Colocar todo en su respectivo lugar.
- 9.- Revisar la correcta eliminación de desechos hospitalarios.
- 10.-Revisar que los basureros estén rotulados correctamente y
con las fundas correctas
- 11.- Revisar que todos las áreas estén equipadas.
- 12.-Revisar que las cobijas de lana estén limpias o sea necesario
Enviar a la lavandería
- 13.- Revisar el perfecto funcionamiento de equipos médicos,
Luces, calefactores.

14.- Comunicar al personal de limpieza para que este pendiente
De realizar la limpieza.

SI EXISTIERE ALGUNA NOVEDAD, FALTANTE, DESPERFECTO
COMUNICAR AL SIGUIENTE TURNO Y A SU SUPERIOR.

PROTOCOLO

LIMPIEZA Y DESINFECCION DE SALA DE PARTOS

1. RECOGER TODA LA LENCERIA UTILIZADA DURANTE EL PROCEDIMIENTO
2. RECOGER TODOS LOS DESHECHOS INFECCIOSOS (FUNDA ROJA)
3. RECOGER TODOS LOS DESHECHOS COMUNES (FUNDA NEGRA)
4. LOS BASUREROS DEBEN QUEDAR COMPLETAMENTE LIMPIOS Y CON SUS RESPECTIVA: FUNDAS. LAVADOS LAS SECRECIONES Y PASADOS ALCOHOL ANTISEPTICO CON PAÑO LIMPIO.
5. JAKUZZI.- (TINA) RECOGER PLACENTA EN VIDET CON TAPA ESCURRIENDO LA SANGRE (BAJAMOS A DEPOSITO INTERMEDIO)
6. ENJUAGAMOS LA SANGRE Y CUALQUIER DESECHO PRESENTE
7. LAVAMOS CON DETERGENTE TODA EL AREA INTERNA Y EXTERNA
8. ENJUAGAMOS CON ABUNDANTE AGUA
9. UNTAR LA TINA CON HIPOCLORITO DE SODIO (CLORO SIN AGUA) DEJAMOS MÍNIMO 15' Y AÑADIMOS AGUA DEJAMOS REPOSANDO APROXIMADAMENTE 15'
10. ENJUAGAMOS LA TINA - SECAMOS CON PAÑO LIMPIO
11. LA BALANZA PEDIATRICA LIMPIAMOS LAS SECRECIONES CON DETERGENTE, LUEGO LIMPIAMOS CON PAÑO LIMPIO, AL FINAL PASAMOS CON PAÑO LIMPIO MAS ALCOHOL ANTISEPTICO
12. MESA DE RECIBIR AL BEBE: ALZAMOS, LIMPIAMOS Y CAMBIAMOS LENCERIA (SABANA)
13. NUEVAMENTE UBICAMOS TODO LO NECESARIO PARA RECIBIR AL BEBE (KONAKION, JERINGUILLA, 2 CLAMP UMBILICAL, PAÑAL ESTERIL, PAÑAL RN DESECHABLE, CINTA METRICA, PERILLA DE SUCCION, FONENDOSCOPIO PEDIATRICO INDISPENSABLE)
14. LARINGOSCOPIO
15. IMPORTANTE REVISAR EXISTENCIA DE EQUIPO, INSUMOS, MEDICACION Y OTROS NECESARIO EN ALGUNA EMERGENCIA.
16. LIMPIAMOS EL ESPEJO CON PAÑO LIMPIO MAS ALCOHOL ANTISEPTICO
17. SE LIMPIARA EL PISO, SE PASARA CERA, SE ABRILLANTARA
18. EQUIPO DE PARTO EN AGUA
19. PONER EN FUNCIONAMIENTO OZONO TIEMPO NECESARIO
20. REVISAR VELAS
21. IMPORTANTE: COMUNICAR EN LA ENTREGA DE TURNO LOS PENDIENTES

RECORDEMOS SIEMPRE QUE SU COLABORACION ES MUY VALIOSA, SOMOS EL MEJOR EQUIPO.

PROTOCOLO

LIMPIEZA Y DESINFECCION DE SALA DE MASAJES

1. RECOGER TODA LA LENCERIA UTILIZADA DURANTE EL PROCEDIMIENTO
2. RECOGER TODOS LOS DESHECHOS INFECCIOSOS (FUNDA ROJA)
3. RECOGER TODOS LOS DESHECHOS COMUNES (FUNDA NEGRA)
4. LOS BASUREROS DEBEN QUEDAR COMPLETAMENTE LIMPIOS Y CON SUS RESPECTIVAS FUNDAS. LAVADOS LAS SECRECIONES Y PASADOS ALCOHOL ANTISEPTICO CON PAÑO LIMPIO.
5. SOMIE: PASAR CON DETERGENTE, CON PAÑO LIMPIO RETIRAMOS, CON PAÑO LIMPIO SECAMOS, FINALMENTE CON PAÑO LIMPIO PASAMOS ALCOHOL ANTISEPTICO, ESPERAMOS QUE SE SEQUE COLOCAMOS LENCERIA COMPLETAMENTE LIMPIA (SABANA, FUNDA DE ALMOHADA, SABANA PARA BALANCEO DE LA PACIENTE)
6. RECOGER ALFOMBRAS DEL PISO, SACUDIR FUERA DEL AREA DE MASAJES
7. SI ESTAN LAS ALFOMBRAS MOJADAS (SUCIAS DE SECRECIONES, SANGRE, ORINA)
8. SE LIMPIARA EL PISO, SE PASARA CERA, SE ABRILLANTARA
9. SE LIMPIARA EL PISO, SE PASARA CERA, SE ABRILLANTARA
10. IMPORTANTE: COMUNICAR EN LA ENTREGA DE TURNO LOS PENDIENTES
11. LIMPAR CONTINUAMENTE LOS ANAQUELES

CAMILLAS PARA TRANSPORTAR A LA PACIENTE

- ANTES DE CAMBIAR LA LENCERIA LIMPIAMOS CON DETERGENTE LAS SECRECIONES EXISTENTES LUEGO PASAMOS CON PAÑO LIMPIO ALCOHOL ANTISEPTICO.
- COLOCAMOS NUEVA LENCERIA (TOALLA, COBIJA) PAÑAL TENA
- REVISAR EL STOCK DE TOALLAS Y COBIJAS
- IMPORTANTE: COMUNICAR EN LA ENTREGA DE TURNO LOS PENDIENTES

RECORDEMOS SIEMPRE QUE SU COLABORACION ES MUY VALIOSA, SOMOS EL MEJOR EQUIPO.