



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA

PROYECTO DE INVESTIGACION DE TESIS DE GRADO

TEMA:

ESTUDIO COMPARATIVO: PARTO VAGINAL VS PARTO
QUIRURGICO EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, QUEVEDO-LOS
RIOS PRIMER SEMESTRE 2015.



TESIS DE GRADO

Previo a la Obtención Del título de:

"OBSTETRIZ/OBSTETRA"

AUTORAS:

ARANA MARTINEZ KAREN LISSETE
VALDEZ PARRAGA TANIA ELVIRA

BABAHOYO - 2015



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
PROYECTO DE INVESTIGACION DE TESIS DE GRADO
TEMA:

ESTUDIO COMPARATIVO: PARTO VAGINAL VS PARTO
QUIRURGICO EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, QUEVEDO-LOS
RIOS PRIMER SEMESTRE 2015.



Previo a la Obtención Del título de:
"OBSTETRIZ/OBSTETRA"

AUTORAS:

ARANA MARTINEZ KAREN LISSETE
VALDEZ PARRAGA TANIA ELVIRA

TUTOR

DR. HUGO JAVIER ALVARADO FRANCO

BABAHOYO - 2015



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACION DE
TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE OBSTETRA DE LA UNIVERSIDAD
TECNICA DE BABAHOYO.

CERTIFICO QUE:

HE DIRIDO Y REVISADO LA TESIS DE GRADO PRESENTADO POR LA
SRTAS. **ARANA MARTINEZ KAREN LISSETE CON C.L. 1207474253 Y
VALDEZ PARARGA TANIA ELVIRA CON C.L. 1206444190.**

TEMA DE TESIS:

ESTUDIO COMPARATIVO: PARTO VAGINAL VS PARTO QUIRURGICO
EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON
DE JESUS , QUEVEDO- LOS RIOS PRIMER SEMESTRE 2015.

REVISADA Y CORREGIDA LA TESIS, SE APROBO EN SU TOTALIDAD LO
CERTIFICO

DR.HUGO JAVIER ALVARADO FRANCO

TUTOR

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA TESIS

Las autoras de esta investigación declaran que no existe investigación alguna del tema: “ESTUDIO COMPARATIVO: PARTO VAGINAL VS PARTO QUIRURGICO EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS , QUEVEDO- LOS RIOS PRIMER SEMESTRE 2015. En la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, ni en ninguna biblioteca de las otras universidades en el Ecuador.

AUTORAS:

ARANA MARTINEZ KAREN LISSETE

C.I. 1207474253

VALDEZ PARRAGA TANIA ELVIRA

C.I 1206444190

DEDICATORIA

A mi Dios, quien me dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar Este trabajo. A mis padres JOSE ARANA Y GRISELDA MARTINEZ, porque creyeron en mí, para lograr salir adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, gracias a ellos, porque hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, gracias al orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí. Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles. Espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional. Sé que desde el cielo estarás orgulloso de mi papa.

ARANA MARTINEZ KAREN LISSETE

Dedico este proyecto de tesis a Dios, a mis padres y a mi tía.

A Dios : Por su infinito amor por que esta siempre cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mi madre ROSA PARRAGA y a mi tía NANCY ZALABARRIA, Sus concejos fueron la motivación para seguir adelante, siendo mi apoyo en todo momento depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad.

A mi padre GUSTAVO VALDEZ, Por los ejemplos de perseverancia que lo caracterizan y que me ha infundado para que pueda alcanzar todo lo que me proponga.

Gracias por creer en mí.

VALDEZ PARRAGA TANIA ELVIRA



AGRADECIMIENTO

En primer lugar a DIOS por haberme fortalecido en este camino; segundo lugar a cada uno de los que son parte de mi familia a mis padres José Arana y Griselda Martínez por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora. A mi tutor de tesis quién nos ayudó en todo momento, por haberme inculcado sus sabias enseñanzas y así alcanzar la perfección que me servirán en un futuro no muy lejano.

ARANA MARTINEZ KAREN LISSETE

A DIOS por acompañarme en cada momento de mi vida.

A todos los doctores que me enseñaron a valorar el estudio y a superarme cada día gracias por su paciencia y enseñanza, a mis padres y a mi tía que estuvieron en los días más difíciles de mi vida como estudiante.

A mis Tíos, Tías, Abuela, Primos en especial a DARWIN GONZÁLEZ y CRISTIAN VITE por los consejos, por el apoyo incondicional.

A esta prestigiosa universidad la cual abre sus puertas a jóvenes como nosotros Preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien. Por último a mi compañera de tesis y a mi director de tesis quién nos ayudó en todo momento Dr. HUGO ALVARADO.

VALDEZ PARRAGA TANIA ELVIRA



I. RESUMEN EJECUTIVO

Este trabajo de investigación se ejecutó en el hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo, de la Provincia de los Ríos, en el primer semestre 2015.

Objetivo: institucionalizar el parto vaginal; rompiendo de esta manera, mitos y creencias en sentido contrario, con la finalidad de disminuir los índices de cesáreas promoviendo el parto humanizado.

Métodos: Deductivo-Histórico.

Tipos de Investigación: estudio correlacionales, investigación de campo.

Técnicas e Instrumentos: Computadora, Cámara fotográfica, Textos de consulta.

Resultados: El trabajo investigativo mediante su ejecución, desarrollo y aplicación será de gran importancia debido a que se lograra disminuir el índice de partos quirúrgicos, sin justificación en embarazos a términos sin factores de riesgo.

Conclusiones: Se ha podido detectar un déficit de partos vaginales con un aumento en el índice del parto quirúrgico, no totalmente justificados en sus historias clínicas.

PALABRAS CLAVES: óxido nitroso, psicoprofilaxis, incisión.

SUMMARY

This research was carried out in the Sacred Heart hospital in the city of Quevedo, in the province of Los Rios, in the first half of 2015.

Objective: To institutionalize vaginal delivery; thereby breaking myths and beliefs to the contrary, in order to reduce the rate of cesarean delivery promoting humanized.

Methods: Deductive-Historical.

Types of Research: correlational study, field research.

Techniques and instruments: Computer, Camera, reference texts.

Results: The research work will through its implementation, development and application will be of great importance because it managed to decrease the rate of operative deliveries, without justification in terms pregnancies without risk factors.

Conclusions: it was possible to detect a lack of vaginal deliveries with an increase in the rate of surgical delivery, not fully justified in their medical records.

KEY WORDS: nitrous oxide, psycho, incision.



INDICE GENERAL

Pág. N°

Portada.....	
Certificado del Tutor.....	
Declaración de Autoría de la Tesis.....	
Dedicatoria.....	I
Agradecimiento.....	II
Resumen Ejecutivo.....	III
Summary.....	IV
Índice.....	V
Introducción.....	VI
CAPITULO I	
1. PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento y Formulación del Problema.....	1
1.2. Antecedentes.....	2
1.3. Elaboración de Objetivos.....	3
1.3.1. Objetivo General.....	3
1.3.2. Objetivos Específicos.....	3
1.4. Justificación.....	4
CAPITULO II	
2. MARCO TEÓRICO O MARCO REFERENCIAL.....	5
2.1 Fundamentación Contextual.....	27
2.2 Fundamentación Conceptual.....	28
2.3 Fundamentación Legal.....	32
2.4 Hipótesis.....	33
2.5 Variables y Operacionalización de Variables.....	33
CAPITULO III	
3. METODOLOGÍA.....	37
3.1 Métodos de Investigación.....	37

3.2 Tipos de Investigación.....	38
3.3 Técnicas e Instrumentos de Investigación.....	39
3.4 Universo y Muestra.....	40
3.5 Materiales y Equipos Utilizados.....	41
CAPITULO IV	
4. RESULTADOS ESPERADOS TABLAS.....	43
4.1 Datos Estadísticos: Historial Clínico Tablas.....	43
4.2 Conclusiones.....	51
4.3 Recomendaciones.....	51
CAPITULO V	
5. PROPUESTA ALTERNATIVA.....	52
5.1 Esquema de la Propuesta.....	52
5.2 Titulo.....	53
5.3 Introducción.....	53
5.4 Objetivos de la Propuesta.....	54
5.5 Desarrollo de la Propuesta Novedad Científica.....	55
5.6 Evidencias de Aplicación de la Propuesta.....	57
5.7 Resultados de la Aplicación.....	57
Bibliografía.....	59
Anexo.....	61
Fotografías.....	62
Cronograma.....	63
Asistencia a las Auditorías.....	64
Certificado de Aprobación del Lector.....	65
Matriz de Relación.....	66



INTRODUCCION

Este trabajo investigativo se enmarca dentro de las líneas de investigación del SENECYT en el área de Salud, la línea institucional de la UNIVERSIDAD TECNICA de BABAHOYO a través de la carrera de Obstetricia permitiéndonos elaborar el estudio comparativo del parto vaginal versus el parto quirúrgico considerando las pacientes atendidas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús y se vincula con el plan Nacional de Desarrollo “Buen Vivir “2013- 2017 con el objetivo de mejorar la atención de salud en la población en la Ciudad de Quevedo Provincia de Los Ríos. Siendo así que a los 22 días del mes de junio en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús en la Ciudad de QUEVEDO Provincia de los Ríos, se realizó un estudio comparativo sobre la población de gestantes que registra en los archivos de dicho hospital quienes fueron atendidas en el periodo del primer semestre del año 2015, con la finalidad de poder identificar con el estudio comparativo el índice de partos por método vaginal y quirúrgico (CESAREA) en la ciudad de QUEVEDO siendo esta la más poblada de la provincia de los Ríos.

La atención del parto adecuado del sistema de salud y de los profesionales integrantes del equipo de salud involucra la atención de la madre y del recién nacido y pretende incorporar una práctica correcta, no sólo las características clásicas de atención en libre posición o considerado parto vaginal o natural, sino también un conjunto de acciones y actitudes dirigidas a incrementar el acceso de cada una de las zonas rurales de la Ciudad de Quevedo que puedan acceder a la atención institucional del parto vaginal del hospital de Quevedo, así como a otras demandas provenientes de diversos lugares pertenecientes de Buena Fe, Valencia , Mocache etc.. Que demandan la atención del parto quirúrgico en casos que realmente lo ameriten. Bajo este antecedente se identificó la necesidad de elaborar un estudio comparativo sobre EL PARTO VAGINAL VERSUS EL PARTO QUIRURGICO EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS EN LA CIUDAD DE QUEVEDO PROVINCIA DE LOS RIOS CONSIDERANDO EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2015.

I. CAPITULO

1.- PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA.

Actualmente en el hospital Sagrado Corazón de Jesús existe un alto porcentaje de cesáreas en un 80%, dejando al parto vaginal que es el más recomendado según la OMS en un 20%, por este motivo es de gran necesidad la elaboración de un estudio comparativo para obtener cifras e información exacta de las pacientes atendidas y de esta manera lograr mejorar la calidad hospitalaria a través de la utilización del procedimiento correcto ya sea este un parto vaginal o quirúrgico.

POSIBLES CAUSAS DEL PROBLEMA

- ✓ Médicos por no someter a las pacientes gestantes a un trabajo de parto les realizan cesáreas
- ✓ Gestantes no colaboran con el procedimiento
- ✓ Inadecuado control durante su embarazo.
- ✓ No hay suficientes obstetras cubriendo las guardias.
- ✓ No cuenta con profesionales ginecólogos ni obstetras durante la noche.

FORMULACION Y SELECCIÓN DEL PROBLEMA QUE SE VA A INVESTIGAR

¿Los índices de partos quirúrgicos son exageradamente elevados a relación a los partos vaginales?

DELIMITACION DEL PROBLEMA

DELIMITACION ESPACIAL: Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo-Los Ríos

DELIMITACION TEMPORAL: Primer semestre 2015 (enero a junio).

1.1 ANTECEDENTES

Quevedo es la ciudad más poblada de Los Ríos, según los datos oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas y censos (INEC). En la provincia de Los Ríos, en la ciudad de Quevedo se concentra la mayor cantidad de habitantes con un total de 124 mil 478 habitantes. Está por encima de Babahoyo, la capital de la provincia. Solo en los cantones de la zona norte, Buena Fe, Valencia, Mocache y Quevedo existe aproximadamente 250 mil habitantes que esta sobre las provincias de Bolívar que tiene 168 mil habitantes y Cañar pues cuenta con 206 mil habitantes. Es considerada la nueva capital bananera del Ecuador por ser el centro laboral de la mayoría de compañías bananeras que operan en el país y por la prestigiada calidad de su fruta de exportación. (repositorio.uteq.edu.ec/hondle/4300/206.)

HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE LA CIUDAD DE QUEVEDO – LOS RIOS.

Este hospital lleva en funcionamiento alrededor de 38 años , fue inaugurado En el año 1977 como hospital, desde ahí se inicia con su transformación, la organización de trabajadores, la transformación de sindicatos, la integración de nuevas técnicas en atenciones médicas, y con progresos sobre todo el área de cirugía . el HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE LA CIUDAD DE QUEVEDO , tiene una infraestructura más grande que la del hospital provincial de los RIOS , cuenta con una área administrativa, consultorios médicos , sala de emergencias, espacio físico dentro del hospital , especialidades básicas

profesionales como :médicos generales, cirujanos, pediatras, cardiólogos ginecólogos ,anestesiólogos , obstetricas, urólogos, traumatólogos, licenciadas en enfermería , auxiliares en enfermería , laboratoristas clínicos farmacéuticos internos de (medicina , ginecología , obstetricia , enfermería) ,colaboradores de limpieza, y choferes de ambulancia. (datos sacados del hospital sagrado corazon de jesus)

1.2 ELABORACION DE OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

Determinar las causas que influyen para que se esté realizando más partos quirúrgicos que partos vaginales en las pacientes atendidas en el hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo provincia de los Ríos en el periodo del primer semestre 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Diseñar una propuesta con el fin de mejorar la atención del parto vaginal humanizado.
- ✓ Capacitar de manera continua y permanente, a la paciente, su familia y al personal del equipo de salud con el objetivo de bajar el alto índice de partos quirúrgicos.
- ✓ Identificar al personal médico que no le guste promover el parto vaginal.

1.3 JUSTIFICACION

Esta tesis investigativa sobre ; estudio comparativo del parto vaginal vs el parto quirúrgico en las pacientes atendidas en el hospital sagrado corazón de Jesús en la ciudad de Quevedo Provincia de Los Ríos durante el periodo del primer semestre del año 2015, se justifica su realización porque determinaría la información correcta para diagnosticar si los procedimientos que se están utilizando para la finalización del embarazo en las pacientes es correcto, para poder saber sus riesgos y beneficios tanto para la madre como para el neonato y al mismo tiempo poder instruir a las pacientes sobre cuáles son los parámetros que se deben considerar para identificar si el embarazo debe terminar en parto vaginal o quirúrgico y al mismo tiempo analizar los nacimientos que ocurrieron en el periodo antes mencionado.

Con este estudio pretendemos determinar cuál es el procedimiento menos riesgoso y correcto a la hora de finalizar un embarazo considerando el diagnóstico y el riesgo que se presente en el momento.

El actual sistema de salud en el cual se fomenta el acceso universal a la atención medica en su intención de fondo es bueno, pero es satanizado cuando ocurre algún incidente, buscando culpables y determinando que aquel profesional que estuvo inmerso en la cadena de atención es el responsable directo del evento cuando se sabe de antemano la serie de fallas y carencias múltiples de las unidades de salud del ministerio y otros prestadores de salud. Existiendo en la actualidad un alto porcentaje de partos quirúrgicos en un 80% dejando el parto vaginal que sería el más recomendado en un 20%.

II. CAPITULO

2. MARCO TEORICO O MARCO REFERENCIAL

La historia de la obstetricia y la ginecología, no se pueden separar de otras ramas de la medicina como las que se desarrollaron en Mesopotamia, Egipto, Grecia, Roma y China. Por ejemplo, la influencia de Hipócrates (460–377 a. C.), la primera persona que liberó la medicina de la superstición y la brujería.

Del mismo modo, el descubrimiento de la circulación por William Harvey (1578–1657), la identificación de los microorganismos infecciosos por Antón van Leeuwenhoek (1632–1723), las descripciones anatómicas de Leonardo da Vinci (1452–1519) y el trabajo anatomopatológico de Battista Morgagni (1682–1771) y Rudolph Virchow (1821–1902) señalaron hitos históricos en todos los campos de la medicina .

En la presente obra sólo podemos trazar un esbozo breve de la historia de la obstetricia y la ginecología, pero sin tener en cuenta la historia, nosotros mismos somos responsables de veros como la cima del refinamiento médico y no como parte de un continuo de desarrollo mucho más humilde.

A continuación se resumen algunos desarrollos fundamentales:

GINECOLOGÍA.- que significa literalmente ciencia de la mujer y en medicina hace referencia a la especialidad médica y quirúrgica que trata las enfermedades del sistema reproductor femenino (útero, vagina y ovarios).

Además existe, en relación con lo expuesto antes, la especialidad de obstetricia, a tal punto que casi todos los ginecólogos modernos son también médicos obstetras.

Uno de los primeros trabajos en los que se comentaron los remedios ginecológicos fue el del papiro de Ebers, un texto egipcio anterior al año 1200 a. C., que contenía, entre otros

compendios, el tratamiento del prolapso uterino, instrucciones sobre cómo realizar un aborto y remedios para varias molestias vulvares.

Tanto Aristóteles (384–322a. C.) Como Hipócrates (v. antes) conocían la existencia de los ovarios, el útero, la vagina y la vulva, y fue Aristóteles el primero en documentar la necesidad de mantener relaciones sexuales para que se produzca el embarazo.

Sin embargo, creía que el semen y la sangre menstrual se mezclaban en el útero para formar el feto y fue un médico romano, Claudius Galeno (129–200 d. C.), quien sugirió por primera vez la participación de los ovarios. Asimismo sugirió que se producía la mezcla del semen masculino y el «semen femenino».

OBSTETRICIA

Obstetrix era la palabra latina para matrona. Se cree que deriva de *obstare* («estar delante de»), porque la persona que atendía el parto esperaba de pie delante de la mujer para recibir al niño.

Sólo en el siglo XX cambió el nombre de la asignatura en las facultades de medicina de «partería» a «obstetricia», quizá porque el nombre latino parecía más académico.

La historia de la obstetricia está inextricablemente ligada a la historia de la partería y, de hecho, la primera cesárea desarrollada con éxito en las Islas Británicas la realizó una matrona irlandesa, Mary Donally, en 1738. Las primeras personas que atendían los partos eran mujeres y en la mitología antigua eran diosas (y no dioses) quienes estaban presentes en los mismos. Las figuras prehistóricas y los dibujos del antiguo Egipto muestran a las mujeres dando a luz sentada o en cuclillas, y las sillas de parto y las matronas se mencionan ya en el Antiguo Testamento. En las escrituras de Hipócrates en el siglo V a. C. se incluye una descripción de un parto normal.

La mayoría de los partos son vaginales y ocurren de una forma natural, con la ayuda del profesional de salud mediante técnicas de relajación y la utilización adecuada de anestesia y analgesia se puede tener un parto sin dolor y sin complicación. Pero, a veces cuando el feto tiene dificultades para salir o viene con complicaciones es necesario una cesárea.

El parto quirúrgico (cesárea) es siempre el último recurso cuando, por algún problema es imposible llevar a cabo un parto vaginal. (MSP Normas Maternas Conasa).

Pero en la actualidad debido a la falta de conocimientos de las pacientes y la mala elección del método para la finalización del embarazo; existe un alto porcentaje de partos quirúrgicos hasta de un 80% dejando al parto vaginal que es el menos riesgoso y el que debería ser más utilizado en un 20%. (Datos estadísticos del Hospital Sagrado Corazon De Jesus).

EL PARTO VAGINAL O NATURAL

Es un proceso fisiológico en el que la mujer finaliza su gestación. Su inicio es espontáneo finaliza con el nacimiento del recién nacido. Es considerado por muchos el inicio de la vida de una persona.

Inicia cuando existe una actividad uterina rítmica, progresiva y dolorosa, con al menos dos contracciones uterinas de mediana intensidad con borramiento cervical del 50% y 2 cm de dilatación. Aquí las contracciones serán con una frecuencia e intensidad que irá progresando.

Se suelen acompañar con cambios en las características del cuello uterino.

(MSP Normas Maternas Conasa).

MADURACION CERVICAL

La intervención para desencadenar artificialmente el trabajo de parto, es un procedimiento habitual en la práctica obstétrica; se observa en alrededor del 20% de las embarazadas. Su objetivo es, disminuir los riesgos maternos y/o fetales, que supone la continuación de la gestación. El éxito o fracaso de este proceder está directamente relacionado con las condiciones cervicales; cuanto más desfavorables sean éstas, se deberá proceder en un primer tiempo, a la "pre inducción", para aumentar la probabilidad de éxito de la posterior "inducción". Para ello se cuenta

con una amplia variedad de métodos: naturales (estímulo de la mama y en especial del pezón); mecánicos (despegamiento de las membranas ovulares: Maniobra de Hamilton, amniotomía, dilatación manual, colocación de sondas, etc.) y farmacológicos (estrógenos, relaxina, antagonistas de la progesterona, oxitocina, prostaglandinas y sus análogos.) La amniotomía y la infusión de oxitocina, son los más frecuentemente aplicados para la inducción del trabajo de parto; pero no son efectivas cuando el cérvix es inmaduro. Las prostaglandinas y sus análogos como el misoprostol constituyen una alternativa efectiva en estos casos, aunque este último no está aprobada para dicho fin.

A continuación la tabla del test de Bishop.

(Lorena de la Cruz Gimenez, 2006)

	0	1	2	3
Consistencia	Dura	Media	Blando	
Posición	Posterior	Central	Anterior	
Borramiento	0-30%	40-50%	60-70 %	80%
Dilatación	0cm	1-2cm	3-4cm	5-6cm
Presentación	Alto	1er plano	2do plano	3er plano

Fig. . Test de Bishop

PERIODOS DEL TRABAJO DE PARTO

Existen tres periodos que son:

1. Periodo DE BORRAMIENTO Y DILATACIÓN

Según Friedman, en el periodo de dilatación se pueden distinguir dos fases:

Fase latente: se puede distinguir tres **sub fases:**

- ✓ Fase de aceleración.
- ✓ Fase de inclinación máxima.
- ✓ Fase de desaceleración.

Fase activa: comienza cuando el cérvix se encuentra dilatado 3-4 cm, y en esta fase el cérvix se dilata con más rapidez.

LA FASE DE ACELERACIÓN.

Une la fase latente con la fase activa que es una fase con importancia clínica su duración es de 3 horas en las nulíparas y 1 hora en la multípara.

Se considera que esta fase va desde los 3 a los 4 cm de dilatación, es una fase en la que la mayor parte de las veces no es identificable, ni siquiera cuando se analiza el partograma gráficamente. (MSP Normas Maternas Conasa).

LA FASE DE INCLINACIÓN.

Va desde los 4 hasta los 9cm de dilatación se trata de una fase progresivamente acelerada, cuya velocidad de dilatación debe ser de 1, 2 a 5cm /hora en la nulípara y de 1,5 a 10cm/hora en la multípara. (MSP Normas Maternas Conasa).

FASE DE DESACELERACIÓN.

Va desde los 9cm hasta la dilatación completa debe durar igual que la fase de dilatación 3 horas en las nulíparas y 1 hora en las multíparas. (Dr. Orlando Rigol Ricardo 2004).

En esta fase es donde se produce **LA MAYOR PARTE DE LOS MOVIMIENTOS CARDINALES DEL FETO NECESARIOS PARA QUE ATRAVIESE EL CANAL DEL PARTO COMO SON:**

- ✓ Encajamiento.
- ✓ Flexión.
- ✓ Descenso.
- ✓ Rotación interna.
- ✓ Deflexión.
- ✓ Rotación externa.

(OSTETRICIA Y GINECOLOGIA JOHNS HOPKINS).

2. PERIODO EXPULSIVO

Comienza cuando la dilatación cervical es completa 10 cm para un recién nacido de término de tamaño normal y termina con la salida al exterior del recién nacido la duración del expulsivo alcanza 50 min en las nulíparas y 20 en las multíparas actualmente se considera que el personal médico debe valorar no solo su duración sino también su progreso.

PLANOS DE HODGE

Es usado para dividir la pelvis desde el estrecho superior hasta el estrecho inferior, incluyendo la excavación pélvica con el fin de ubicar la posición de la presentación fetal en su paso por el canal del parto.

- ✓ **PRIMER PLANO:** corresponde con el estrecho superior de la pelvis.
 - ✓ **SEGUNDO PLANO:** pasa por el borde inferior de las sínfisis.
 - ✓ **TERCER PLANO:** pasa por las espinas ciáticas.
 - ✓ **CUARTO PLANO:** pasa por el vértice del coxis.
- (CAMPOS 2008).

3. PERIODO DE ALUMBRAMIENTO

La tercera fase del parto abarca desde el nacimiento del recién nacido hasta la expulsión del placenta y las membranas. Se administra 10 UI de oxitocina IM para finalizar el tercer periodo del parto (manejo activo).

El objetivo principal del manejo activo del alumbramiento es reducir el riesgo de hemorragia puerperal.
(DR ORLANDO RIGOL RICARDO 2004).

ADMINISTRACION DE OXITOCINA

La oxitocina se utiliza tanto para la inducción como para la progresión lenta en la fase latente del trabajo de parto. Este aumento debe considerarse en caso de progresión lenta en la fase latente, en parto prolongado o detenido o con la presencia de un patrón de contracciones de útero hipotónico. (DR ORLANDO RIGOL RICARDO 2004).

Las dosis a utilizarse son 2.0 mlu a 4.0 mlu aumentando la dosis de 1mlu a 2mlu por minuto cada 20 a 30 minutos. La OMS refiere que se debe utilizar 10 UI de oxitocina IM después del parto para evitar hemorragias post parto.

COMPLICACIONES POR EL USO DE OXITOCINA

El efecto más común es la desaceleración de la frecuencia cardiaca fetal debido a la hiper estimulación uterina y a la hipo perfusión útero placentaria. (DR ORLANDO RIGOL RICARDO 2004).

EPISIOTOMÍA

Es una operación ampliadora que se realiza durante la expulsión del feto mediante la sección quirúrgica de la región vulvar, tercio inferior de la vagina y tejidos perineales, con el objeto de facilitar la expulsión fetal y preservar la integridad del suelo pelviano.

La episiotomía se utilizar en los siguientes casos:

PARA EVITAR DESGARROS VAGINOVULVOPERINEALES.

- ✓ Por estrechez o hipoplasia vulvovaginal
- ✓ Por escasa elasticidad vaginovulvoperineal.
- ✓ Por exceso de volumen fetal.
- ✓ Por afecciones locales predisponentes (edema, condilomas o cicatrices).
- ✓ En primíparas.
- ✓ En perineo alto y excesivamente musculoso.

Para evitar trauma obstétrico y acelerar el periodo expulsivo:

- ✓ En el parto prematuro
- ✓ En la presentación pelviana.
- ✓ En el parto gemelar.
- ✓ En el sufrimiento fetal.
- ✓ En periodo expulsivo demorado.
- ✓ Para evitar el prolapso genital.

(DR ORLANDO RIGOL RICARDO 2004).

CLASIFICACIÓN DE LA EPISIOTOMIA

De acuerdo con la orientación de la sección o el corte, la episiotomía puede ser:

- ✓ Lateral.
- ✓ Medio lateral u oblicuo.
- ✓ Media.

EPISIORRAFIA (PERINEORRAFIA)

Es la sutura de los desgarros que pueden producirse en la región perineal.

Los desgarros del perineo pueden ocurrir a consecuencias de partos normales cuando están presentes algunas causas favorecedoras, pero aumenta la posibilidad de ellos en las situaciones siguientes:

- ✓ Cuando hay aumento de los diámetros cefálicos.
- ✓ Cuando se realiza una instrumentación obstétrica.
- ✓ Cuando ocurre la salida brusca del polo cefálico por contracción fuerte.

Los desgarros tienen la desventaja de que su dirección y extensión irregular dificultan una sutura anatómica, por lo cual con frecuencia aparecen complicaciones posteriores.

(DR ORLANDO RIGOL RICARDO 2004).

CLASIFICACIÓN DE LOS DESGARROS:

- ✓ **grado I** solo interesa la piel y el tejido celular subcutáneo hasta 2cm e profundidad.
- ✓ **grado II** interesa además la musculatura perineal hasta 3cm de profundidad.
- ✓ **grado III** desgarro extenso que incluye el esfínter anal.
- ✓ **grado IV** el desgarro se extiende a la pared del conducto anorrectal.

(DR ORLANDO RIGOL RICARDO 2004).

TRAQUELORRAFIA (SUTURA DEL CUELLO UTERINO)

Es la sutura de los desgarros del cuello uterino después del parto, estos ocurren por la salida brusca del feto, por el uso inadecuado de oxitocina, la dilatación forzada del cuello o la expulsión incompleta.

(DR ORLANDO RIGOL RICARDO 2004)

PUERPERIO FISIOLÓGICO

Es el periodo que transcurre desde que termina el alumbramiento hasta el regreso al estado normal pre gravídico del organismo femenino, el puerperio se divide en:

- ✓ Puerperio inmediato que es en las primeras 24 horas.
- ✓ Puerperio mediato que es desde el día 1 hasta el día 10.
- ✓ Puerperio tardío desde el onceavo día hasta 42 días posteriores del parto.

Durante el puerperio se debe vigilar en la paciente los signos vitales cada 15 minutos.

Durante dos horas se vigila:

- ✓ Pulso.
- ✓ Respiración.
- ✓ Presión arterial.
- ✓ Temperatura.
- ✓ Pérdida hemodinámica.
- ✓ Masaje uterino.
- ✓ Altura Uterina.

A medida que se realiza el puerperio se les aconseja a las pacientes sobre la lactancia materna para que el recién nacido este sano.

Los aspectos más importantes son:

- ✓ Mantener la lactancia materna exclusiva.
- ✓ Valoración de la madre y el recién nacido.
- ✓ Se la orienta sobre planificación familiar.
- ✓ Se prohibirán las relaciones sexuales.

(DR ORLANDO RIGOL RICARDO 2004).

ANALGESIA Y ANESTESIA OBSTÉTRICAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

La utilización de la anestesia y analgesia durante el parto es para mantener el bienestar de la madre y el feto con los menores riesgos posibles.

La analgesia es para aliviar el dolor sin pérdida de conciencia ni capacidad motora.

La anestesia se define como la pérdida de sensibilidad y puede incluir pérdida de conciencia, capacidad motora y actividad refleja.

Existen:

- ✓ **Analgesia Para el trabajo de parto:** el objetivo es controlar el dolor sin causar depresión a la gestante, al feto o afectar el progreso del parto.
- ✓ **Analgesia y anestesia en el parto vaginal:** hay que considerar varios factores incluyendo la eficacia de la analgesia, la seguridad materno-fetal, alteraciones de los pujos maternos y la musculatura del canal del parto.
- ✓ **Existe la analgesia y anestesia regional mayor:** son formas de anestesia habituales actualmente. Supone la inyección de un agente anestésico o analgésico en el espacio epidural o subaracnoideo (espinal) para conseguir suficiente analgesia para el parto vaginal o anestesia para la cesárea mientras que permite a la madre mantener plenamente la consciencia.
- ✓ **Anestesia Epidural:** Proporciona analgesia durante el trabajo de parto analgesia y anestesia para el parto espontaneo.

✓ **Óxido Nitroso Analgésico**

Es un analgésico potente que depende de la autoadministración y de la cooperación de la mujer para que su uso sea exitoso. Es de acción rápida, debido a la naturaleza insoluble del óxido nitroso a nivel sanguíneo y tiene, además, una recuperación rápida una vez que se termina la administración. Es un medicamento ideal para ser usado por poco tiempo, en dolores de corta duración. El método de administración es mediante un sistema de auto demanda de OXICALM que permite a la mujer controlar la dosis de óxido nitroso, evitando la aparición de estados de anestesia más profundos de lo esperado, o la pérdida de los reflejos faríngeos protectores; dicha autoadministración siempre debe ser supervisada por la matrona o médico, Sus principales ventajas son:

- ✓ Rápido inicio del efecto analgésico.
- ✓ Rápido efecto máximo.
- ✓ Grado de sedación fácilmente modificable, en el caso en que se use un dispositivo para realizar mezclas de distinto porcentaje.
- ✓ Duración del efecto adaptable al procedimiento.
- ✓ Altamente seguro en el binomio madre-hijo.
- ✓ No hay riesgo de hipoxia, utilizando la técnica adecuada de administración debido a que el OXICALM® contiene 50% de Oxígeno promoviendo la oxigenación en los tejidos.
- ✓ De fácil aprendizaje para especialistas de la salud.
- ✓ Bajo costo.
- ✓ No presenta toxicidad sobre órganos o sistemas de la mujer y el feto.
- ✓ La más rápida recuperación de todas las técnicas de alivio del dolor, que en algunos casos es completa y sin limitaciones de actividad.
- ✓ Clínicamente documentada en diversos ámbitos de la medicina.
- ✓ Validada clínicamente por sociedades científicas a nivel mundial.

(www.indura.nmet/file/file-2622-reportaje-oxicalm-revista-salud-julio-2012pdf, s.f.).

También tenemos:

- ✓ Analgesia sistémica
- ✓ Infiltración local
- ✓ Bloqueo periférico
- ✓ Bloqueo pudendo
- ✓ Anestesia espinal
- ✓ Anestesia general

Todos son procedimientos encaminados para aliviar el dolor a la gestante en su trabajo de parto por lo que si desde el inicio del embarazo capacitamos a las pacientes a cerca de estas nuevas técnicas acabaríamos con los mitos creados sobre de que el parto es doloroso y provoca sufrimiento al feto.

También tenemos parto en agua y el parto en cuclillas:

PARTO EN AGUA

ES eficaz para suavizar el dolor molestias de las contracciones durante el parto, esta técnica emerge desde los años 60 en Europa, estados unidos en embarazos de bajo riesgo. En este tipo de parto no es necesario el uso de anestesia o analgesia porque el agua es un medio de relajación y allí se le enseña a la gestante ejercicios para el dolor se recibe al neonato en una piscina con agua a temperatura normal y se evita la experiencia traumática al cambiar de ambiente.

(www.juntadebeneficencia.org.ec, s.f.).

PARTO CUCLILLAS

Es una costumbre de los tiempos antiguos, la mujer puede recostarse en cada contracción y recuperar energía.

Es el más utilizado por las indígenas.(www.facemama.com, s.f.).

Los beneficios son:

- ✓ Abre la salud pelviana a su máxima capacidad
- ✓ Aprovecha la gravedad
- ✓ El recién nacido puede rotar con más facilidad en un parto difícil.

A continuación la tabla 1 con el nombre del equipo que se utiliza en el trabajo de parto, en la foto 1 y 2 encontraremos la historia clínica perinatal y el partograma.

**EQUIPO UTILIZADO PARA EL TRABAJO DE PARTO EN EL
HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS**

Lactato de Ringer 1000CC	1
Equipo de venoclisis	1
Catéter 18	1
Ampicilina cap. 500 mg	8
Paracetamol tab 500 mg	8
Oxitocina 10 IU	4
Sonda nasogástrica 6	1
Cromado 2/0	1
Jeringuilla de 1 cc	1
Jeringuilla de 3 cc	3
Jeringuilla de 5 cc	5
Jeringuilla de 10 cc	2
Clamp umbilical	1
Guantes quirúrgicos 7	2

Tabla 1: equipo que se utiliza en el trabajo de parto.

HISTORIA CLINICA MATERNO- PERINATAL

HISTORIA CLINICA MATERNO-PERINATAL - CLAP - OPS/OMS															IDENTIFICACION HISTORICA CLINICA															
NOMBRE			FECHA DE NACIMIENTO			ETNIA		LUGAR DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		CONTROL PERINATAL		MOTIVO		SEGUNDO		OTRO												
DIRECCION			ESTADO (siglas)			ciudad		barrio		casado		soltero		otro		OTR		OTRO												
LOCALIDAD			TELÉFONO			edad		años en el mayor nivel		materna		paterna		NOMBRE USUARIO																
ANTECEDENTES															FIN EMBARAZO ANTERIOR															
FAMILIARES: hipertensión, diabetes, epilepsia, asma, etc. PERSONALES: hipertensión, diabetes, epilepsia, asma, etc.															día mes año motivo de 1 año, más de 5 años															
GESTACION ACTUAL															EMBARAZO PLANEADO/DESBADO		FRACASO DE METODO ANTICONCEPTIVO													
PESO ANTERIOR			TALLA (cm)			E.G. COMPARABLE con FUM		PLAZA		GRANULADOS POR DIA		ALCOHOL (PROBAS)		ANTITETANICO (DOGAS)		ANTR. BUBELA		EX NORMAL												
GRUPO			CITOLOGIA			VOL. URINARIO		SPELIS CONFERMADO POR PTA		Hb > 200		Hb < 200		TEST O SULLMAN		IgG Rubéola		VISION OCEALICA EXTERNA												
1			2			3		4		5		6		7		8		9												
PARTO ABORTO															HOSPITALIZACION		CORTICOIDES ANTERNALES		INDICACION T. de P.		RUPURA DE MEMBRANAS ANTERPARTO		HORAS ENTRE RUPURA Y PARTO		EDAD DEST. al parto		PRESENCIA DE		ACOMPAÑANTE	
FECHA DE INGRESO			CONSULTAS PRE-NATALES			EMBARAZO		CORTICOIDES		INDICACION		HORAS		EDAD		PRESENCIA		ACOMPAÑANTE												
GEMINOS			NACIMIENTO			MORTO		MÚLTIPLO		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATIVO																				
POSICION PARTO			SERVICIOS EN ALUMBRAMIENTO			PLACENTA		SÍNDROME DE HELLP		PRESENCIA DE		PRESENCIA DE		PRESENCIA DE		PRESENCIA DE		PRESENCIA DE												
NOTAS															ENFERMEDADES															
															HTA gestacional, HTA crónica, infección urinaria, diabetes, etc.															
RECIE NACIDO															PUERPERIO															
SEXO			PESO AL NACER			TALLA		E.G. COMPARABLE con FUM		APGAR		REANIMACION		PALLIDO EN SALA DE PARTO		ASESINO		PARTO												
ENFERMEDADES			TAMAJACION NOONATAL NORMAL			VITALIDAD		HIGIENE		AUDICION		SICOPATIA		EYES		OÍDIO		SÍNDROME												
1			2			3		4		5		6		7		8		9												
EGRESO RN															EGRESO MATERNO		ANTICONCEPCION													
VIVO			ESTADO			LACTANCIA		VACUNAS		PESO AL EGRESO		VIAJES		ANTIBIOTICO		MÉTODOS		MÉTODOS												
1			2			3		4		5		6		7		8		9												
NOMBRE DEL PROFESIONAL															REFERENCIA POSTPARTO		NOMBRE DEL PROFESIONAL													

Foto: historia clínica materno - perinatal.

CONTROL DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PARTO MEDIANTE EL PARTOGRAMA

POSICIÓN	VERT.		HORIZONTAL		NÚMEROS Y APÉNDICES			N.º DE HISTORIA CLÍNICA			
	TODAS	MULTÍPARAS	MULTÍPARAS	MULTÍPARAS	ds	mm	ds				
PARTOGRAMA - CLAP - OPSIONS											
MEMBRANAS	INT-GRAS	INT-GRAS	ROTAS	INT-GRAS	ROTAS						
	0.15	0.15	0.05	0.30	0.30						
	0.25	0.25	0.10	0.35	0.35						
	0.35	0.40	0.25	0.40	0.50						
	1.00	0.55	0.35	1.00	1.05						
	1.15	1.25	1.05	1.30	1.25						
	2.10	2.30	2.30	3.15	2.30						

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas y p.t.d.)

LINEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA

PLANCAS DE VIGILANCIA Y VARIACION DE POSICION	<input type="checkbox"/>
DILATACION CERVICAL	<input type="checkbox"/>
ROTURA ESPONTANEA MEMBRANAS (REM)	<input type="checkbox"/>
ROTURA ARTIFICIAL MEMBRANAS (RAM)	<input type="checkbox"/>
INTENSIDAD	Fuerte <input type="checkbox"/> ++ Normal <input type="checkbox"/> + Débil <input type="checkbox"/> -
LOCALIZACION	Suprapúbica <input type="checkbox"/> SP Subpúbica <input type="checkbox"/> S

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL	Uso tipo I (Descripción normal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo II (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo III (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo IV (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo V (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo VI (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo VII (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo VIII (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo IX (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo X (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo XI (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo XII (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo XIII (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo XIV (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo XV (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo XVI (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo XVII (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo XVIII (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo XIX (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo XX (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo XXI (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo XXII (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo XXIII (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo XXIV (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo XXV (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo XXVI (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo XXVII (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo XXVIII (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo XXIX (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>
	Uso tipo XXX (Descripción anormal) <input type="checkbox"/>

POSICIÓN MATERNA	Lat. Derecha <input type="checkbox"/> LD Lat. Izquierda <input type="checkbox"/> LI Dorsal <input type="checkbox"/> D Semi-dorsal <input type="checkbox"/> SD Semi-ventral <input type="checkbox"/> SV Ventral <input type="checkbox"/> V
POSICIÓN FETAL	Lat. Derecha <input type="checkbox"/> LD Lat. Izquierda <input type="checkbox"/> LI Dorsal <input type="checkbox"/> D Semi-dorsal <input type="checkbox"/> SD Semi-ventral <input type="checkbox"/> SV Ventral <input type="checkbox"/> V
TENSIÓN ARTERIAL	
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL	
DURACIÓN CONTRACCIONES	
FREC. CONTRACCIONES	
DOLOR	Localiz. Intens.

Foto: partograma

El partograma es muy útil para registrar la evolución del parto, cualquier evaluación, indicación y acción realizada durante el parto debe ser anotada de forma legible, firmada y fechada este hecho es especialmente importante cuando es la vigilancia del parto, mediante la visualización grafica de la evolución del parto se puede identificar alteraciones en su evolución :

Fase latente prolongada, retardo de la dilatación, detención secundaria de la dilatación, parto precipitado, detención o retardo en el descenso en la dilatación todas estas son alteraciones.

A continuación la tabla 2 que muestra las señales de peligro en el embarazo.

SEÑALES DE PELIGRO EN EL EMBARAZO	
Oligoamnio Poli hidramnios	Dolor en hipogastrio
Hemorragias del primer trimestre	Hemorragias del segundo trimestre
Pre eclampsia (hipertensión+edema+proteínuria)	Eclampsia(convulsiones)
Síndrome febril	Cefalea intensa

Tabla 2: señales de peligro durante el embarazo.

Si la paciente presenta alguna de estas señales de peligro debe acudir a la unidad de salud más cercana para que lleve un control minucioso de su embarazo y es importante que planifique su siguiente embarazo. Es importante que en cada control prenatal se le realice a la paciente la toma de presión arterial y se la pese.

A continuación la tabla con la clasificación de los riesgos obstétricos.

(JAMES 2005).

FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO

EDAD	ANEMIA	OBESIDAD.
Periodo intergenesico largo	Desnutrición	Embarazo gemelar
Periodo intergenesico corto	Diabetes	Antecedentes de Pre eclampsia
Enfermedades cardiovasculares	Hipertensión crónica	Herencia.
Hipertensión arterial.	Enfermedad hepática	Síndrome de hellp
Enfermedad renal.	Enfermedades de transmisión sexual (Hepatitis B, Toxoplasma Citomegalovirus, Herpes Rubéola, Sífilis, VIH VDRL, HPV).	Violencia de género

Tabla: factores de riesgo durante el embarazo.

CLASIFICACIÓN DE LOS RIESGO OBSTÉTRICOS

ALTO RIESGO	
Tumor de ovario	Enfermedad pulmonar
Hipertensión arterial	Enfermedad renal
Diabetes mellitus	Cardiopatía
Anemia	Epilepsia
Enfermedad hepática	Restricción de crecimiento Intrauterino
Estados hipertensivo inducidos por el embarazo	Poli hidramnios
Embarazo múltiples	Isoinmunización
Piel nefritis	Sangramiento uterino
Presentaciones viciosas	

Tabla: clasificación de riesgos obstétricos alto riesgo.

BAJO RIESGO	
déficit nutricional	muerte perinatal
Incompetencia cervical	parto previo con Isoinmunización
parto pre término	Cesárea previa
Desprendimiento prematuro de placenta	Infección viral
Tabaquismo	Alcoholismo
Ganancia de peso inadecuado	Anemia grave

Tabla: clasificación de riesgos obstétricos: bajo.

PARTO QUIRURGICO (CESAREA)

Consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión quirúrgica esto se realiza cuando el parto vaginal plantea riesgos para la madre y el feto.

(MSP Normas Maternas Conasa).

PARTO QUIRURGICO PROGRAMADO

Aquella que se realiza antes del inicio del trabajo de parto, se considera que la indicación quirúrgica aconseja no esperar hasta el inicio de trabajo de parto.

(MSP Normas Maternas Conasa).

PARTO QUIRURGICO DE EMERGENCIA

Aquella que se realiza por una complicación o patología de compromiso vital o accidental para la madre o el feto en cualquiera de las etapas del trabajo de parto o preparto inclusive. (MSP Normas Maternas Conasa).

INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE UN PARTO QUIRURGICO

Algunas de las razones de indicación de la Cesárea:

- ✓ Cesáreas de repetición o iterativa.
- ✓ Indicaciones fetales.
- ✓ Sufrimiento fetal agudo (SFA) por aporte disminuido de oxígeno al feto.
- ✓ Taquicardia o bradicardia fetales (el corazón late con excesiva o insuficiente rapidez).
- ✓ Indicaciones maternas.
- ✓ Relativas al útero.
- ✓ Útero demasiado pequeño, cicatrizado, o deforme.
- ✓ Gestación múltiple.

- ✓ Relativas al cérvix (cuello del útero).
 - ✓ Cérvix demasiado relajado (incompetencia cervical).
 - ✓ Presencia de infección activa por herpes genital en la madre.
 - ✓ Relativos a la placenta y cordón umbilical.
 - ✓ Placenta que ocluye el cérvix (placenta previa), o de inserción baja.
 - ✓ Desprendimiento prematuro de placenta (placenta abruptio).
 - ✓ Prolapso de cordón (salida del cordón por el canal vaginal).
 - ✓ Peligro para la madre (angustia maternal).
 - ✓ La cabeza del feto es demasiado grande para pasar a través de la pelvis de la madre (desproporción cefalopélvica).
 - ✓ Trabajo de parto muy prolongado.
 - ✓ Posición anormal del bebé.
 - ✓ De nalgas y primípara (presentación de nalgas).
 - ✓ Presentación transversa.
 - ✓ Presentación de cara.
 - ✓ Madre de edad avanzada (añosa), más de 40 años.
 - ✓ Presencia de una enfermedad importante asociada (toxemia, pre eclampsia eclampsia, hipertensión).
 - ✓ Expectativas después de la cirugía.
- (MSP Normas Maternas Conasa).

POSIBLES RIESGOS DE UNA CESAREA

Los riesgos de cualquier intervención bajo anestesia:

- ✓ Reacciones a la medicación.
- ✓ Problemas respiratorios.
- ✓ Hemorragias.
- ✓ Infecciones.
- ✓ Infección del útero.

A continuación el equipo que se utiliza durante el parto quirúrgico.

(OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA JOHNS HOPKINS)

**EQUIPO PARA PARTO QUIRURGICO UTILIZADO EN EL HOSPITAL
SAGRADO CORAZON DE JESUS**

lactato de ringer 1000cc	Dos
equipo de venocllisis	Uno
catéter numero 18	Uno
ampicilina 1 gramo	cuatro
ketorolaco de 60 mg	Tres
Tramadol	Tres
oxitocina 1° ui amp	cuatro
fitomenadiona amp	Uno
sonda de succión numero 6	Uno
sonda foley numero 16	Uno
funda recolectora número	Uno
gentamicina 160 mg	Uno
hoja de bisturí numero 23	Uno
guantes quirurgico 7	Tres
cromado 0	Uno
cromado 1	Dos
nylon número 3/0	Uno
vicril 1.0	Uno
jeringuilla 1cc	Uno
jeringuilla 3 cc	cuatro
jeringuilla de 5cc	Diez
jeringuilla de 10 cc	Dos
vendas elásticas	Dos
atropina amp	Dos
metoclopramida amp	Tres
aguja de punción	Uno
clamp umbilical	Uno
nylon número 2/0	Uno

Tabla: instrumentos que se utilizan durante el parto quirurgico.

2.1 FUNDAMENTACION CONTEXTUAL.

Esta tesis de investigación se realizara en la ciudad de Quevedo, provincia de los ríos en el hospital Sagrado Corazón de Jesús.

En el área de emergencia obstetricia del hospital de Quevedo no existen internos ni de medicina ni de obstetricia por lo que si se presenta un parto vaginal en periodo expulsivo seria el médico residente que pasa su jornada de 24 horas el que lo atendería.

Las pacientes que están en trabajo de parto en fase activa con una dilatación de 5cm son ingresadas, se les realiza el respectivo llenado de historia clínica, luego pasan a sala y se las mantiene bajo vigilancia obstétrica o ginecológica hasta que se lleve a cabo su parto sea este quirúrgico o vaginal.

El hospital cuenta con 2 quirófanos compartidos uno para ginecología, el otro para medicina general, también con 2 salas de parto.

Uno para parto en posición ginecológica y la otra sala es para parto vertical o parto en agua.

En la actualidad en este hospital existen cifras que demuestran un alto porcentaje de cesáreas no justificadas hasta de un 80% dejando al parto vaginal en un 20 %se realizara este estudio comparativo de parto vaginal versus parto quirúrgico para poder disminuir el índice de cesáreas no justificadas promoviendo estrategias pro parto vaginal humanizado utilizando los diversos métodos de analgesia, anestesia y psicoprofilaxis obstétrica.

2.2 FUNDAMENTACION CONCEPTUAL

AMNIOTOMÍA

Consiste en la rotura artificial de las membranas ovulares que estimularía la secreción endógena de prostaglandinas y la secreción pos hipofisaria de oxitocina. (Lorena de la Cruz Gimenez, 2006).

FARMACOLÓGICOS: ESTRÓGENOS

Hace años se utilizó la administración parenteral de estrógenos para iniciar el parto, y es posible que actualmente puedan tener un papel en la maduración cervical. (Lorena de la Cruz Gimenez, 2006).

FARMACOLÓGICOS: ANTAGONISTAS DE LA PROGESTERONA COMO SER LA MIFEPRISTONA

Con su utilización se obtienen diferencias significativas con el grupo del placebo en cuanto a número de pacientes que inician un parto espontáneo (54 % / 28 %) y en el intervalo de inicio del parto. (Lorena de la Cruz Gimenez, 2006).

FARMACOLÓGICOS: RELAXINA

Es una hormona producida por el cuerpo amarillo, decidua y corion; actúa formando proteasas y activando las colagenasas.

Su mayor ventaja consiste en que inhibe las contracciones uterinas por lo que sería muy útil su empleo en el caso de tener que madurar el cérvix en gestaciones con un importante compromiso fetal en las que debemos de evitar las hiperestimulaciones. Se necesitan más ensayos para calcular su verdadero efecto dentro de la práctica clínica actual.

(Lorena de la Cruz Gimenez, 2006).

EPISIOTOMÍA

Intervención quirúrgica generalmente necesaria en los partos, consiste en practicar una incisión en el periné para aumentar la apertura vaginal y permitir así la salida del feto. (DICCIONARIO MEDICO OCEANO MOSBY).

EPISIORRAFIA

Es una intervención quirúrgica que consiste en reparar la herida dejada por la episiotomía, suturando las caras internas de los labios mayores. (DICCIONARIO MEDICO OCEANO MOSBY).

PSICOPROFILAXIS

Proceso psicoterapéutico de objetivos preventivos para promover el funcionamiento afectivo, cognitivo, interaccional y comportamental del enfermo. (DICCIONARIO MEDICO OCEANO MOSBY).

ANALGESIA

Carencia de dolor sin pérdida de la conciencia. (DICCIONARIO MEDICO OCEANO MOSBY).

ANESTESIA

Ausencia de sensaciones normales especialmente de sensibilidad al dolor esta puede ser tópica, local, regional o general. (DICCIONARIO MEDICO OCEANO MOSBY).

PARTO

Proceso comprendido entre la dilatación del cuello uterino y la expulsión de la placenta. (DICCIONARIO MEDICO OCEANO MOSBY).

OXITOCINA

Se considera el fármaco de elección para la estimulación de la actividad uterina pero, es indudable que se trata de un método a aplicar con un cuello favorable estimula y coordina la contractilidad uterina; la respuesta miometrial del útero grávido se incrementa progresivamente a medida que el embarazo avanza.

Requiere de una monitorización fetal continua. Existen diferentes protocolos de dosificación, todos se basan en un incremento gradual de la infusión hasta conseguir una dinámica adecuada.

(Lorena de la Cruz Gimenez, 2006).

CESÁREA

Intervención quirúrgica que consiste en realizar una incisión en el abdomen y el útero y extraer el feto por la vía transabdominal. (DICCIONARIO MEDICO OCEANO MOSBY).

MEDICO

Profesional de la salud que ha alcanzado el grado de licenciado en medicina y cirugía. (DICCIONARIO MEDICO OCEANO MOSBY).

OBSTETRIZ

Profesional de la salud que trata el embarazo, parto y del estudio de la función fisiológica y patológica del sistema reproductor de la mujer así como de los cuidados de la madre y del feto durante el embarazo, parto y puerperio.

PACIENTE

Individuo receptor de un servicio sanitario, enfermo u hospitalizado. (DICCIONARIO MEDICO OCEANO MOSBY)

INCISIÓN

Corte producido quirúrgicamente por un instrumento cortante. (DICCIONARIO MEDICO OCEANO MOSBY).

EMBARAZO

Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo, abarca desde la concepción hasta el nacimiento pasando por un periodo embrionario y fetal. (DICCIONARIO MEDICO OCEANO MOSBY).

TRATAMIENTO

Cuidado y atenciones prestadas a un paciente con el objetivo de combatir, mejorar o prevenir una enfermedad. (DICCIONARIO MEDICO OCEANO MOSBY).

2.3 FUNDAMENTACION LEGAL

Mujeres embarazadas en la constitución y leyes capítulo III de la salud sexual y la salud reproductiva.

Art. 25.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud promoverán y respetarán el conocimiento y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas y afroecuatorianos, de las medicinas alternativas, con relación al embarazo, parto puerperio, siempre y cuando no comprometan la vida e integridad física y mental de la persona.

Art. 43.- de la Constitución establece que el Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia “la gratuidad de los servicios de salud materna”, y en el artículo 362 se establece que “Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención”.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Ley orgánica de la salud

Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

2.6 HIPOTESIS

Si los profesionales de salud brindaran un parto humanizado sin dolor explicándole a la paciente de forma clara el procedimiento que se le realizara utilizando métodos como son la analgesia y anestesia (bloqueo epidural, psicoprofilaxis obstétrica parto vertical) se disminuirían las incidencias de cesáreas.

2.7 VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Se tomara la muestra de acuerdo al historial clínico que presenten las pacientes del hospital sagrado corazón de Jesús.

VARIABLE INDEPENDIENTE

- ✓ Parto vaginal
- ✓ Parto quirúrgico

VARIABLE DEPENDIENTE

Pacientes gestantes

VARIABLE INDEPENDIENTE

	CONCEPTUALIZACION	DIMENSION	INDICADOR	INDICE
PARTO QUIRÚRGICO	Es la intervención quirúrgica que permite la salida o nacimiento de un feto mediante una incisión abdominal.	Resultados obtenidos del procedimiento aplicado. -Nacido vivo -Deceso	Historia clínica Partograma Epicrisis.	Porcentaje de controles realizados
PARTO VAGINAL	El parto normal es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre las 37 y las 42 semanas cumplidas). Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones culmina con el nacimiento de un bebé sano y no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso	Resultados obtenidos del procedimiento aplicado. Nacido vivo Deceso Episiotomía episiorrafia	Historia clínica Partograma Epicrisis.	Porcentaje de controles realizados

VARIABLE DEPENDIENTE

	CONCEPTUALIZACION	DIMENSION	INDICADOR	INDICE
GESTANTES	Mujer embarazada que espera la Finalización del embarazo, salida del producto de la concepción a través del útero.	Resultados obtenidos del procedimiento aplicado. -Nacido vivo -Deceso	Historia clínica Partograma Epicrisis.	Porcentaje de controles realizados

VARIABLE INTERVINIENTE

	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSION	INDICADOR	INDICE
Características de la Población Gestante.	Las características de las mujeres gestantes son los factores que influyen en la atención prenatal integral del hospital.	Edad	Adolescente Adulta	14 a 19 años 20 a 25 años 26 a 31 años 38 a 43 años Más de 43 años
Pruebas de Laboratorio	Las pruebas de laboratorio certifican el grado de anemia y proporcionan datos que contribuyen a diagnosticar la causa	Exámenes de Laboratorio	Evalúa complicaciones	Biometría hemática HB,HGO Pruebas hepáticas: TGO TGP, Plaquetas Bilirrubina, Proteínas en orina, pruebas renales, ácido úrico, Urea. Creatinina Prueba de coagulación
ECOGRAFÍAS	Técnica de exploración de los órganos internos del cuerpo que consiste en registrar el eco de ondas electromagnéticas o acústicas enviadas hacia el lugar que se examina	Ecografía	verifica	Índice de líquido amniótico Edad gestacional Diámetro biparietal Circunferencia abdominal Longitud fémur Bienestar fetal Actividad Frecuencia cardiaca fetal Alteraciones en la placenta Hipermadurez placentaria

III. CAPITULO

1. METODOLOGIA

Se realizó el estudio comparativo de parto vaginal versus parto quirúrgico donde se consideraron las 120 pacientes que acudieron al hospital Sagrado Corazón de Jesús, durante el periodo del primer semestre del 2015, para recibir la atención de parto, con embarazos de 37 a 41 semanas de gestación.

3.1 METODOS DE INVESTIGACION

DEFINICION DE METODOLOGIA

Es el conjunto de métodos por los cuales se regirá una investigación científica. Un método es el procedimiento que se llevara a cabo en orden a la consecución de determinados objetivos; entonces metodología es el que estudia los métodos para luego determinar cuál es el más adecuado para aplicar o sistematizar en una investigación o trabajo.

MÉTODO DEDUCTIVO

Por medio de este método investigativo pudimos realizar nuestra hipótesis basada en toda la información que ha sido recolectada tanto de revistas médicas como de libros y citas de conferencia en la web y de datos estadísticos del hospital Sagrado Corazón de Jesús partiendo de ello pudimos llegar a la conclusión de que si le ofrecemos a las gestantes métodos para aliviar el dolor durante el trabajo de parto disminuiríamos muchas cesáreas realizadas sin justificación.

MÉTODO HISTÓRICO

Por medio de este método que utilizamos pudimos darnos cuenta que la obstetricia viene desde la antigüedad y era la elección primaria para la finalización del parto los antiguos utilizaban el parto en cuclillas como método para finalizar el embarazo.

3.2 TIPOS DE INVESTIGACION

Criterios para clasificar las investigaciones.

POR EL PROPOSITO	<p>Básica: atención médica: control y seguimiento de las gestantes por trabajadores del hospital (ginecólogos, cardiólogos, obstetrices enfermeras, internos en medicina y obstetrices). Los mismos que justificaran la terminación de su gestación ya sea por parto vaginal o parto quirúrgico.</p> <p>Aplicada: bajo rendimiento de partos vaginales y el aumento excesivo de partos quirúrgicos en el hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo.</p>
POR EL NIVEL DE ESTUDIO	<p>Nivel exploratorio: artículos, revistas, libros de ginecología y obstetricia, copias, guías educativas.</p> <p>Nivel descriptivo: datos estadísticos en pacientes atendidas por parto vaginal y parto quirúrgico en el hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo.</p> <p>Estudios correlacionales: historias clínicas de pacientes gestantes con la finalización de su diagnóstico, sea por parto vaginal o parto quirúrgico. En Epicrisis de las historias clínicas que van de enero a junio del 2015.</p> <p>Nivel explicativo: condiciones que presentan pacientes que son sometidas a partos quirúrgicos por taquicardia fetal, cirugía anterior previa menor a 12 meses, desproporción céfalo pélvica, posición podálica o de nalgas, pacientes con VIH positivo.</p>
POR EL LUGAR	<p>Investigación de campo: departamento de estadística del hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo los Ríos.</p> <p>investigaciones de laboratorio : pacientes con VIH positivo</p>

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

PARA LOS TRABAJOS DE CAMPO

TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN INFORMACIÓN SECUNDARIA Internet	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Libros Tesis de grado Revistas Especializadas
INFORMACIÓN PRIMARIA Datos estadísticos (pacientes gestantes) Médicos	Historias clínicas (partograma Epicrisis). Entrevistas Observación

3.4 UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO

Se realizara un estudio sobre la totalidad de las pacientes gestantes que fueron intervenidas en parto quirúrgico y vaginal en el primer semestre del año en curso.

PERSONAL	CANTIDAD
Pacientes gestantes	1200
Pacientes gestantes que terminaron en parto quirúrgico.	800
Pacientes gestantes que terminaron en parto normal.	400

Datos proporcionados por el área de estadística del hospital Sagrado corazón de Jesús. Se ha estimado el tamaño de la muestra mediante el sistema de muestreo aleatorio simple, siendo:

$$n = \frac{N}{(E)^2(N-1) + 1}$$

En donde,

N = Población

n = Muestra

E= Porcentaje de error $(0.05)^2$

DESARROLLO DE LA MUESTRA:

$$n = \frac{1200}{(0.05)^2 (1200-1) + 1}$$

$$n = \frac{1200}{0.0025 (1199) + 1}$$

$$n = \frac{1200}{2.9975 + 1}$$

$$n = \frac{1200}{4000}$$

$$n = 120$$

3.5 MATERIALES Y EQUIPOS UTILIZADOS

CANT	DESCRIPCION	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
1	Computadora	\$1000	\$1000
1	Cámara fotográfica	\$ 120	\$120
120	Hojas para encuesta	\$3	\$360
5	Textos de consulta	\$50	\$250
1	Internet	\$50	\$50
1	Impresora	\$90	\$90
60	Copias	\$0,5	\$30
COSTO TOTAL:			\$2900

Cuadro: equipo que se utilizó en la realización de la tesis.

RECURSO HUMANO

Para la orientación del trabajo de proyecto intervinieron:

- ✓ Los datos estadísticos de partos vaginales versus partos quirúrgicos de Pacientes gestantes del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, que fueron atendidas en el primer semestre 2015.

- ✓ Tutor de la tesis: Dr. HUGO ALVARADO.

- ✓ Tesisistas: KAREN ARANA MARTÍNEZ – TANIA VALDEZ PARRAGA.

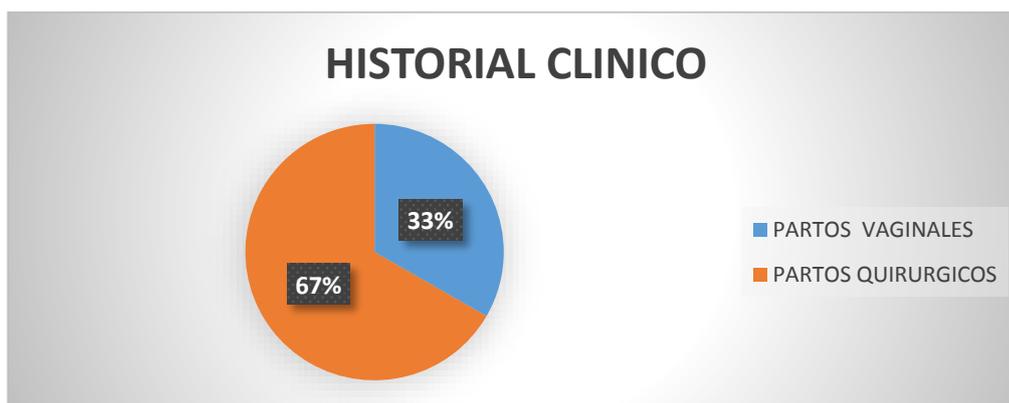
CAPÍTULO IV

RESULTADOS ESPERADOS DE LAS TABLAS

DATOS ESTADISTICOS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

TABLA 1:

ESTADISTICA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS		
DESCRIPCION	HISTORIAL CLINICO	PORCENTAJE
PARTOS VAGINALES	40	33%
PARTOS QUIRURGICOS	80	67%
TOTAL	120	100%



Análisis.-

De las 120 historias clínicas escogidas del primer semestre 2015, se encontró. Que el 67% son partos quirúrgicos y el 33% partos vaginales. Como resultado un alto porcentaje en partos quirúrgicos.

Autoras:

ARANA MARTINEZ KAREN LISSETE

VALDEZ PARRAGA TANIA ELVIRA

Fecha: 14 /04/ 201

(Hospital Sagrado Corazon de jesus, 2015).

TABLA 2:

ESTADISTICA HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS		
DESCRIPCION	RIESGOS OBSTETRICOS	PORCENTAJE
PREECLAMPSIA LEVE	30	25%
OLIGOAMNIO SEVERO	45	38%
TAQUICARDIA FETAL	40	33%
OTROS	5	4%
TOTAL	120	100%



Análisis.-

De acuerdo a los riesgos obstétricos más frecuentes que se presentan en el hospital Sagrado Corazón de Jesús , se obtienen como resultados el 33% taquicardia fetal,25% preeclampsia, 38%oligoamnio severo ,4% otros .

Por causas de estos riesgos en muchas ocasiones los ginecólogos están obligados a ingresar a la paciente por cirugía de emergencia. Terminando su gestación en un parto quirúrgico.

Autoras:

ARANA MARTINEZ KAREN LISSETE

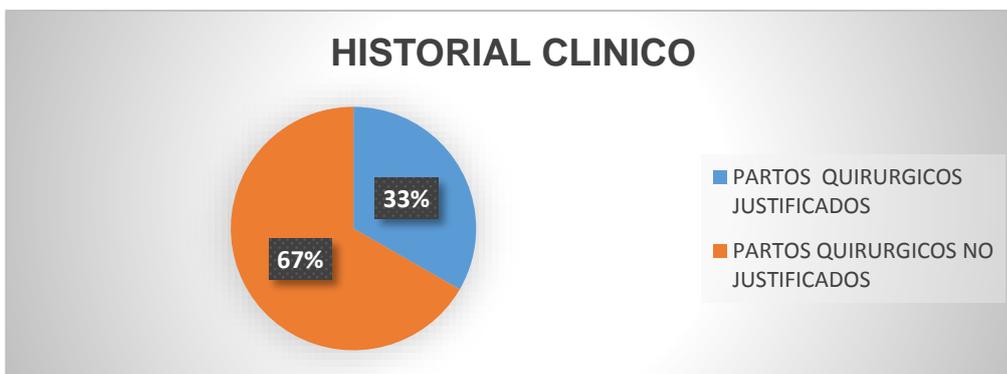
VALDEZ PARRAGA TANIA ELVIRA

Fecha: 14 /04/ 2015

(Hospital Sagrado Corazon de jesus, 2015).

TABLA 3:

ESTADISTICA HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS		
DESCRIPCION	HISTORIAL CLINICO	PORCENTAJE
PARTOS QUIRURGICOS JUSTIFICADOS	40	33%
PARTOS QUIRURGICOS NO JUSTIFICADOS	80	67%
TOTAL	120	100%



Análisis.-

Muestran que el 67% de partos quirúrgicos realizados no son justificados y de 33% de partos quirúrgicos son justificados.

Lo que significa que le realizaron partos quirúrgicos a gestantes que pudieron terminar en un parto normal sin indicación o causa específica que se haya anotado en dicha historia para justificar cirugías innecesarias.

Autoras:

ARANA MARTINEZ KAREN LISSETE

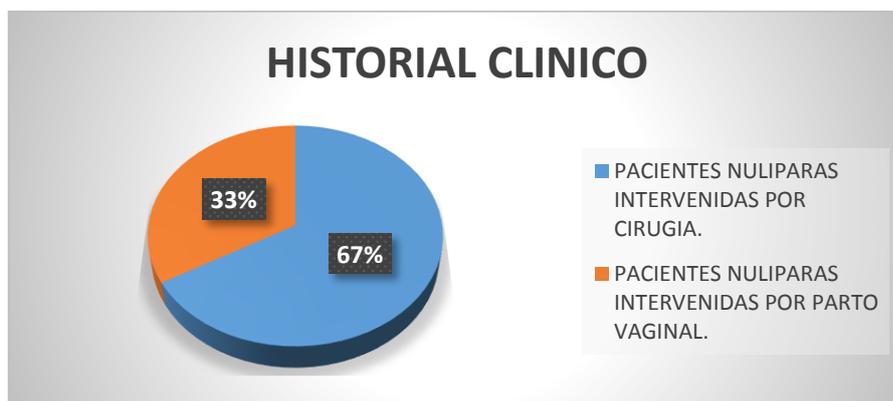
VALDEZ PARRAGA TANIA ELVIRA

Fecha: 14 /04/ 2015

(Hospital Sagrado Corazon de jesus, 2015).

TABLA 4:

ESTADISTICA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS		
DESCRIPCION	HISTORIAL CLINICO	PORCENTAJE
PACIENTES NULIPARAS INTERVENIDAS POR CIRUGIA.	80	33%
PACIENTES NULIPARAS INTERVENIDAS POR PARTO VAGINAL.	40	67%
TOTAL	120	100%



Análisis.-

Muestran que el 67% de gestantes nulíparas son intervenidas por partos quirúrgicos. Lo que significa que le realizaron partos quirúrgicos a gestantes que pudieron terminar en un parto vaginal de las cuales solo se encontraron un 33% de pacientes que finalizaron en parto natural de tal modo que se evidencia el aumento de cirugías realizadas en dicho hospital.

Autoras:

ARANA MARTINEZ KAREN LISSETE

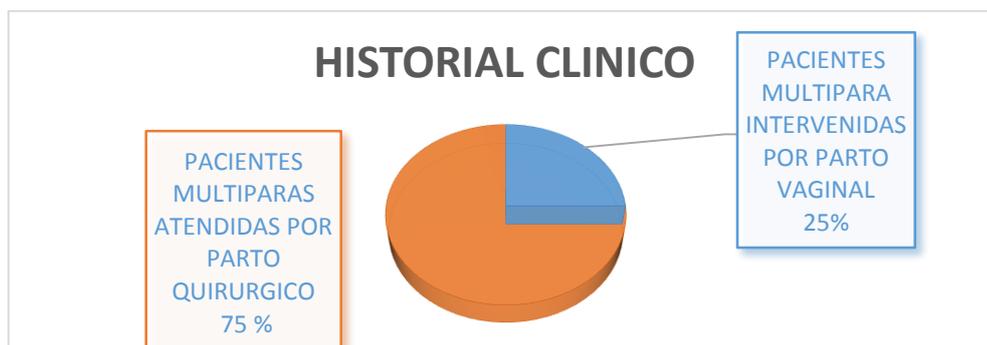
VALDEZ PARRAGA TANIA ELVIRA

Fecha: 14 /04/ 2015

(Hospital Sagrado Corazon de jesus, 2015)

TABLA 5:

ESTADISTICAS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS		
DESCRIPCION	HISTORIAL CLINICO	PORCENTAJE
PACIENTES MULTIPARAS INTERVENIDAS POR CIRUGIA.	90	75%
PACIENTES MULTIPARAS INTERVENIDAS POR PARTO VAGINAL.	30	25%
TOTAL	120	100%



Análisis.-

Muestran que el 75% DE pacientes multíparas fueron SOMETIDAS A PARTO quirúrgicos y el 25% de pacientes también multíparas fueron por parto vaginal, Lo que significa que le realizaron partos quirúrgicos a gestantes que si podían ser atendidas por parto vaginal.

Autoras:

ARANA MARTINEZ KAREN LISSETE

VALDEZ PARRAGA TANIA ELVIRA

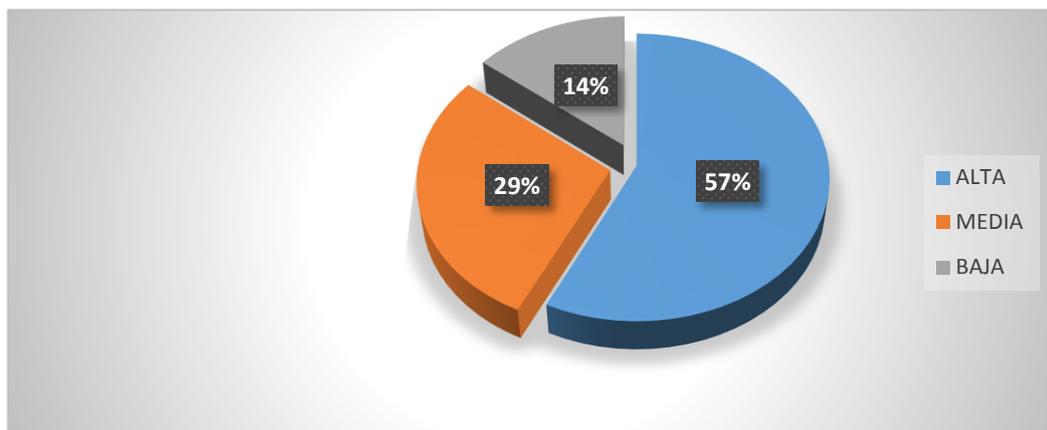
Fecha: 14 /04/ 2015

(Hospital Sagrado Corazon de jesus, 2015).

TABLA 6

ESTADISTICAS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

FRECUENCIA DE PACIENTES REFERIDAS A HOSPITALES DE NIVEL A	HISTORIAL CLINICO	PORCENTAJE
ALTA	80	57%
MEDIA	40	29%
BAJA	20	14%
TOTAL	120	100%



Análisis.-

Muestran la existencia de transferencias en un 57% de manera alta, 29 % media 14% baja que se dan muchas veces por no contar con el equipo necesario para afrontar emergencias.

Autoras:

ARANA MARTINEZ KAREN LISSETE

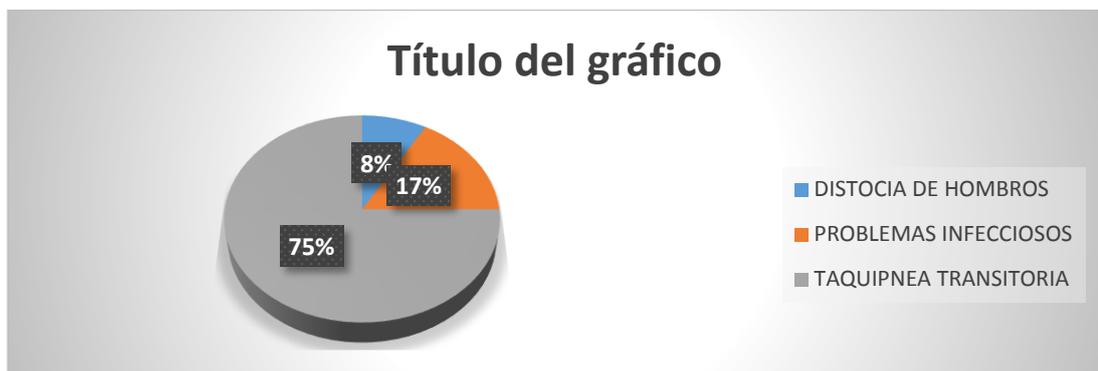
VALDEZ PARRAGA TANIA ELVIRA

Fecha: 14 /04/ 2015

(Hospital Sagrado Corazon de jesus, 2015).

TABLA 7

ESTADISTICAS DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS		
COMPLICACIONES QUE SE PRESENTAN EN EL NEONATO DESPUES DEL PARTO VAGINAL.	HISTORIAL CLINICO	PORCENTAJE
DISTOCIA DE HOMBROS	10	8%
PROBLEMAS INFECCIOSOS	20	17 %
TAQUIPNEA TRANSITORIA	90	75%
TOTAL	120	100 %



Análisis.-

Muestran que el 75% de neonatos que nacen por parto vaginal, con una taquipnea transitoria del cual se recuperan de forma breve, mientras que el 8% de los neonatos tienen complicación de distocia de hombros y el 17% de los neonatos con problemas infecciosos, ya sea por presentar la madre casos recurrentes de infecciones vaginales o por que el feto ingiere meconio durante el parto.

Autoras:

ARANA MARTINEZ KAREN LISSETE

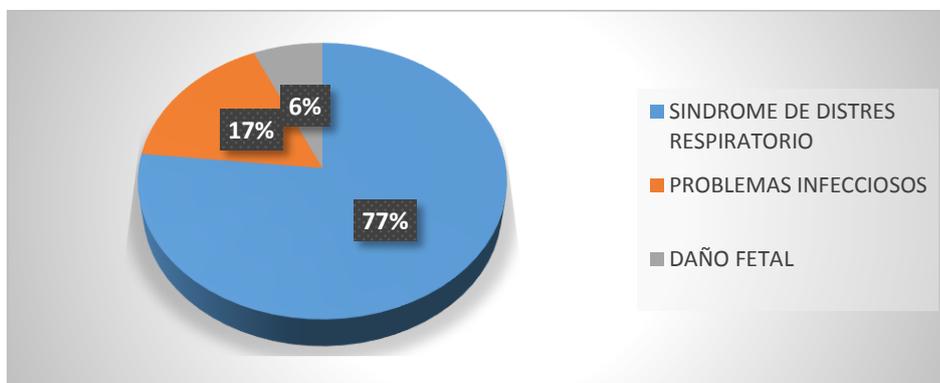
VALDEZ PARRAGA TANIA ELVIRA

Fecha: 14 /04/ 2015

(Hospital Sagrado Corazon de jesus, 2015).

TABLA 8

ESTADISTICA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS		
COMPLICACIONES QUE SE PRESENTAN EN EL NEONATO DESPUES DEL PARTO QUIRURGICO.	HISTORIAL CLINICO	PORCENTAJE
SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO	92	77%
PROBLEMAS INFECCIOSOS	20	17%
DAÑO FETAL	8	6%
TOTAL	120	100%



Análisis.-

Muestran que el 77% de neonatos por parto quirúrgico, nacen con síndrome de distres respiratorio del cual se recuperan algunos muy rápidos y otros tardan en recuperarse, otras de las complicaciones que presenta el neonato son los problemas infecciosos 17% y daño fetal en un 6%.

Ningún médico busca dañar a nadie pero suele ocurrir durante las cirugías corte laceración o rasguño a la piel del neonato.

Autoras:

ARANA MARTINEZ KAREN LISSETE

VALDEZ PARRAGA TANIA ELVIRA

Fecha: 14 /04/ 2015

(Hospital Sagrado Corazon de jesus, 2015).

4.1 CONCLUSIONES

Mediante el estudio comparativo de parto vaginal vs parto quirúrgico que se realizó en el hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo Provincia de los Ríos, se ha podido detectar un aumento de partos quirúrgicos los cuales no están justificados y una disminución de partos vaginales.

1. Partos vaginales y partos quirúrgicos de 120 historias clínicas revisadas muestran que el 67 % de partos son quirúrgicos y el 33% son partos vaginales.
2. Cuadros clínicos que inducen a la cesáreas que se presentan con mayor frecuencia en el hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo tenemos: pre eclampsia leve, oligoamnios severo, taquicardia fetal, otros (condilomas, VIH, Cesáreas de repetición o iterativa).

4.2 RECOMENDACIONES

Se sugiere mediante alternativas de alivio del dolor de parto de manera efectiva mediante:

- ✓ bloqueo epidural simple o continuo.
- ✓ Psicoprofilaxis obstétrica.
- ✓ analgesia (óxido nitroso por mascarilla de inhalación).
- ✓ Para lograr este anhelado objetivo es necesario organizar campañas de socialización y educación entre los distintos actores como son:
 - ✓ Pacientes.
 - ✓ Familiares.
 - ✓ y todo el personal de salud.

V. CAPITULO

4. PROPUESTA ALTERNATIVA

Disminuir los índices de cesáreas, promoviendo estrategias de parto vaginal humanizado, utilizando métodos de analgesia, anestesia y Psicoprofilaxis obstétrica durante el parto, con la finalidad de lograr un parto sin dolor.

5.1 ESQUEMA DE LA PROPUESTA

Estrategias a utilizarse:

- ✓ Ejecutar un plan de capacitación dirigido a las pacientes gestantes.
- ✓ Incentivar el parto sin dolor mediante técnicas de analgesia y anestesia.
- ✓ Implementar las episiotomías en todas las pacientes nulíparas, debido a que es menos peligroso reparar una episiotomía que un desgarro.

Estas estrategias serán aplicadas mediante un plan de capacitación que se desarrollara en el hospital sagrado corazón de Jesús en la ciudad de Quevedo dirigido a las pacientes gestantes de edades entre 14 a 34 años, los temas a tratarse serán el parto sin dolor a través de analgésicos, anestesia, etc.

Además se realizaran capacitaciones para incentivar a las pacientes gestantes a que se realicen episiotomías ya que actualmente se ha comprobado que realizar a toda paciente nulípara la episiotomía debido a que es más seguro realizar una episiotomía que reparar un desgarro.

Es importante indicar que la implementación de estas estrategias tendrá un tiempo de duración de 3 meses y que luego de estos deberán ser replicadas nuevamente

haciendo un análisis de los indicadores demostrando los logros obtenidos hasta el momento.

Para la implementación de las capacitaciones se los hará a través de un grupo de profesionales especializados en los temas antes mencionados como son anestesiólogos, gineco obstetras etc.

5.2 TITULO.

Incrementar el índice de PARTOS VAGINALES y disminuir el parto quirúrgico en las pacientes atendidas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Quevedo- Los Ríos primer semestre 2016.

5.3 INTRODUCCIÓN.

De acuerdo al éxito obtenido en la investigación realizada en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo – Los Ríos se ha podido determinar que un total 25% de las gestaciones son complicadas con pre eclampsia leve oligoamnios severo 38%, taquicardia fetal 33%, desproporción céfalo pélvica, presentación podálica, entraron al estudio se concluye que se requirieron cirugía por parto quirúrgico, considerados como otros 5%.

Otro estudio muestra que el 67% de las gestantes han sido sometidas a un parto quirúrgico sin justificación, sin que exista un parto prolongado, curvas de partograma sin pasar curvas de alerta, latidos cardiacos fetales presentes, rítmicos buena activada totalmente todo bien para un parto, como resultado sometida a una cirugía, mientras que el 33% si lo justifica.

El 20% de parto vaginal es por parto expulsivo.

En cuanto a la conducción con oxitocina el 10 % de los ginecólogos estando solos no la someten a parto vaginal. El 20% de las pacientes que recibieron dosis

similares de misoprostol vía sublingual y vaginal o conducción de oxitocina terminaron en un parto.

5.4 OBJETIVOS DE LA PROPUESTA.

OBJETIVOS GENERALES

Implementar estrategias mediante capacitaciones dirigidas a pacientes gestantes del hospital sagrado corazón de Jesús, para que el parto vaginal se convierta en uno de los métodos más utilizados por las pacientes gestantes para la finalización de un embarazo.

OBJETIVOS ESPECÍFICO

- ✓ Disminuir los índices de cesáreas, promoviendo estrategias pro parto vaginal humanizado, utilizando los diversos métodos de analgesia, anestesia y Psicoprofilaxis en el trabajo de parto.
- ✓ Implementar una valoración ginecológica adecuada e identificar a que gestantes se las puede inducir a un trabajo de parto vaginal y a las que no se debe inducir a un trabajo de parto.
- ✓ Incrementar el equipo de salud con (ginecólogos, obstetras, pediatras, anesthesiólogos) que puedan cubrir las 24 horas del día.

5.5 DESARROLLO DE LA PROPUESTA NOVEDAD CIENTÍFICA

El dolor del parto vaginal varía según las características de cada paciente gestante ya que el alumbramiento es absolutamente individual.

Lo más importante es saber que entre más relajada esté la paciente menos dolor sentirá.

Mediante el uso de la anestesia, analgesia y Psicoprofilaxis obstétrica se puede ayudar a la paciente gestante a relajarse en el momento del parto, y a su vez a disminuir el dolor, si utilizamos el bloqueo epidural con seguimiento de un anestesiólogo se proporcionara analgesia y anestesia en el momento del parto mientras que con la ayuda del obstetra o ginecólogo se le ira enseñando a la paciente el momento apropiado en el que debe pujar.

ANALGESIA OBSTÉTRICA

Uno de los analgésicos que puede ser utilizado es el óxido nitroso de mascarilla de inhalación, cuya administración es sencilla, Y es de rápida recuperación, es utilizado en dolores de corta duración evita la hipoxia ya que contiene el 50% de oxígeno.

Para la administración del óxido nitroso con mascarilla de inhalacion durante el parto se requiere conectar el equipo a punto de gas y explicarle a la paciente el procedimiento que se realizara.

PUESTA EN MARCHA LA ADMINISTRACIÓN DE ÓXIDO NITROSO EN PACIENTES GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO

Evaluación de la idoneidad del usuario (la madre y el feto) y la ausencia de contraindicaciones.

Signos vitales como la presión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno y controlar la frecuencia cardíaca fetal.

PUESTA EN MARCHA

Garantizar que el equipo está conectado y que funciona correctamente

Preparación de la paciente gestante

- ✓ Informar a la paciente gestante de sus efectos analgésicos moderados y posibles efectos secundarios: náuseas, vómitos, mareos y alteraciones de recuerdo.
- ✓ Instruir a la paciente gestante en la auto-administración: cómo colocar correctamente la máscara para crear un cierre hermético para lograr un efecto analgésico máximo.

PROCEDIMIENTO

La paciente gestante mantiene la máscara sobre la nariz y la boca creando un cierre suficientemente hermético para activar una segunda etapa de apertura del regulador de flujo de óxido nitroso (50%) en oxígeno (50%).

El profesional que esté a cargo de la atención será instruido y confirmará por escrito la orden de que no se permitirá la administración de opioides adicionales sin la supervisión directa del profesional de anestesia o personal facultativo mientras la mujer continúa utilizando la analgesia con óxido nitroso.

TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO

El uso de óxido nitroso se interrumpirá cuando la paciente así lo solicite o cuando no sea necesario la analgesia, o cuando aparezcan efectos secundarios indeseables.

5.6 EVIDENCIAS DE APLICACIÓN DE LA PROPUESTA

Los datos estadísticos demuestran que en el hospital sagrado corazón de Jesús existe un 20 % de partos vaginales mientras que el 80% se presentan como partos por cirugías, tomando como referencia ciento veinte historias clínicas de las pacientes gestantes correspondientes al primer semestre del 2015.

Las historias Clínicas fueron sacada del departamento estadístico del hospital sagrado corazón de Jesús cuyos custodios son funcionarios administrativos del hospital, los datos que se consideran dentro de esta investigación fueron el partograma y epicrisis siendo esta conocida como la evolución de la paciente después de su parto.

Un partograma es una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto. Las mediciones relevantes que se incluyen en el partograma pueden incluir estadísticas como la dilatación cervical en, la frecuencia cardíaca fetal y los signos vitales de la madre.

5.7 RESULTADOS DE LA APLICACIÓN

El trabajo investigativo permitirá mediante su ejecución, desarrollo y aplicación una disminuir en el índice de partos quirúrgicos, sin justificación en embarazos a términos sin factores de riesgo.

Solo en casos que amerite la utilización de un parto quirúrgico se lo debe realizar por lo cual se necesita la colaboración del equipo médico de esta forma no existirá compromiso materno –fetal.

Por lo cual se debe promover el parto vaginal, con el cual se obtendrá la recuperación inmediata de la madre y el bienestar del recién nacido así podrán retomar la madre a sus actividades normales permitiéndole cuidar de su hijo.

6.- BIBLIOGRAFIA

METODOLOGÍA FORMAL ESPECÍFICA

Libros.

- ✓ (JAMES 2005)
- ✓ (zamarriego, 2009-2005)
- ✓ (CAMPOS 2008)
- ✓ (fernandez, 2009) Obstetricia clínica autor Ilaca-Fernández segunda edición (pag 493- 500) año 2009
- ✓ (DICCIONARIO MEDICO OCEANO MOSBY)
- ✓ (Dr. Orlando Rigol Ricardo 2004)
- ✓ (OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA JOHNS HOPKINS)
- ✓ (Lorena de la Cruz Gimenez, 2006)

INFORMES

- ✓ (Datos estadísticos del Hospital Sagrado Corazon De Jesus)
- ✓ (www.juntadebeneficencia.org.ec, s.f.)
- ✓ (datos sacados del hospital sagrado corazon de jesus)
- ✓ (jesus, 2015)
- ✓ (www.indura.nmet/file/file-2622-reportaje-oxicalm-revista-salud-julio-2012pdf, s.f.)
- ✓ (www.facemama.com, s.f.)

- ✓ L (l., s.f.) crítico y resultados de la inducción y conducción de parto. Memoria del II

- ✓ (msp)

- ✓ (congreso latinoamericano de ginecología y obstetricia)Componente

INTERNET

- ✓ - (<http://definicion.de/recursos-humanos/IXZZ3MNUHSW5>, s.f.)
Significado y Concepto <http://definicion.de/obstetricia/#ixzz3mni1JVdd>
- ✓ ([HTTP://DEFINICION DE /ATENCION IXZZ3MTRDAOQN](HTTP://DEFINICION-DE-ATENCION-IXZZ3MTRDAOQN), s.f.)
- ✓ ([http://definicion de comparacion#ixzz3mtqehbmn](http://definicion-de-comparacion/#ixzz3mtqehbmn), s.f.)
- ✓ (• <HTTP://WWW.DEFINICIONABC.COM/GENERAL/ESTUDIO.PHP>, s.f.)
- ✓ (<http://www.tuotromedico.com/temas/cesarea.htm>, s.f.)
- ✓ (MarcadorDePosición1)
- ✓ (<http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101343439/->, s.f.)
- ✓
- ✓ (<http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101343439/->, s.f.)
1/37_a%C3%B1os_de_labor_en_el_hospital_de_Quevedo.html#.ViKL4IICrIU
- ✓ (<http://es.slideshare.net/moalvitar/anestesia-y-analgesia-en-el-trabajo-de-parto>, s.f.)

TESIS

- ✓ Tesis doctoral. México: Facultad de Medicina, UNAM, 1971.
National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.
- ✓ Caesarean section. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE) 2004(4):142.

ANEXOS



FIGURA 1.- EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE LA CIUDAD DE QUEVEDO – LOS RIOS



FIGURA 2.- EMERGENCIA DE GINECO- OBSTETRICIA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES - PRIMER SEMESTRE 2015

	ACTIVIDADES	TIEMPO (EN SEIS MESES)					
		Junio	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov
1	Ajuste del esquema del tema de tesis						
2	Establecer contacto con el hospital donde se desarrollara la investigación.						
3	Elaborar y ajustar instrumentos de recolección de datos para las encuestas						
4	Elaborar Marco teórico, conceptual y referencial						
5	Recoger información						
6	Procesamiento						
7	Descripción de resultados						
8	Análisis de resultados						
9	Elaboración del informe						
10	revisión por parte del tutor						
11	Entrega del informe						

MATRIZ DE RELACION

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL
¿Los índices de partos quirúrgicos son exageradamente elevados en relación a los partos vaginales? En el HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, QUEVEDO- LOS RIOS PRIMER SEMESTRE 2015.	Determinar los índices de partos quirúrgicos son exageradamente elevados en relación a los partos vaginales? En el HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, QUEVEDO- LOS RIOS PRIMER SEMESTRE 2015.	Determinando el aumento de partos quirúrgicos innecesarios mejoraremos el trabajo de parto de las pacientes atendidas en el En el HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, QUEVEDO- LOS RIOS PRIMER SEMESTRE 2015.
PROBLEMAS DERIVADOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECIFICOS
¿Cómo afecta el no capacitar a la gestante, a su familia, como al personal de salud con información de la mejor vía de finalización de su parto por método vaginal o parto quirúrgico?	Capacitar de manera continua y permanente, a la paciente, su familia y al personal del equipo de salud con el objetivo de bajar el alto índice de partos quirúrgicos.	Capacitando de manera continua y permanente, a la paciente, su familia y al personal del equipo de salud con el objetivo de bajar el alto índice de partos quirúrgicos, permitirá tomar medidas preventivas.
¿Cómo afecta el alto índice de partos quirúrgicos dentro de la sociedad?	Diseñar una propuesta con el fin de mejorar la atención del parto vaginal humanizado.	Comprobando el alto índice de partos quirúrgicos se lograra Diseñar una propuesta con el fin de mejorar la atención del parto vaginal humanizado.