

CONOCIMIENTO, LAS ACTITUDES Y LAS EXPERIENCIAS DEL EMBARAZO Y EL PARTO EN UN GRUPO DE MADRES PUERTORRIQUEÑAS CON PARTO POR CESÁREA

Ana M. Parrilla-Rodríguez, MD, MPH, FABM
José J. Gorrín Peralta, MD, MPH, FACOG, FABM
René R. Dávila Torres, MS, DBAc, PhDc

Recinto de Ciencias Médicas, Escuela Graduada de Salud Pública
Programa de Salud de la Madre y el Niño

*Dirigir correspondencia a: Ana M. Parrilla, MD, MPH, FABM
Programa de Salud de la Madre y el Niño, Escuela Graduada
de Salud Pública, RCM, UPR, Apartado 365067 San Juan, Puerto Rico
00936-5067 Correo electrónico: aparrilla@rcm.upr.edu*

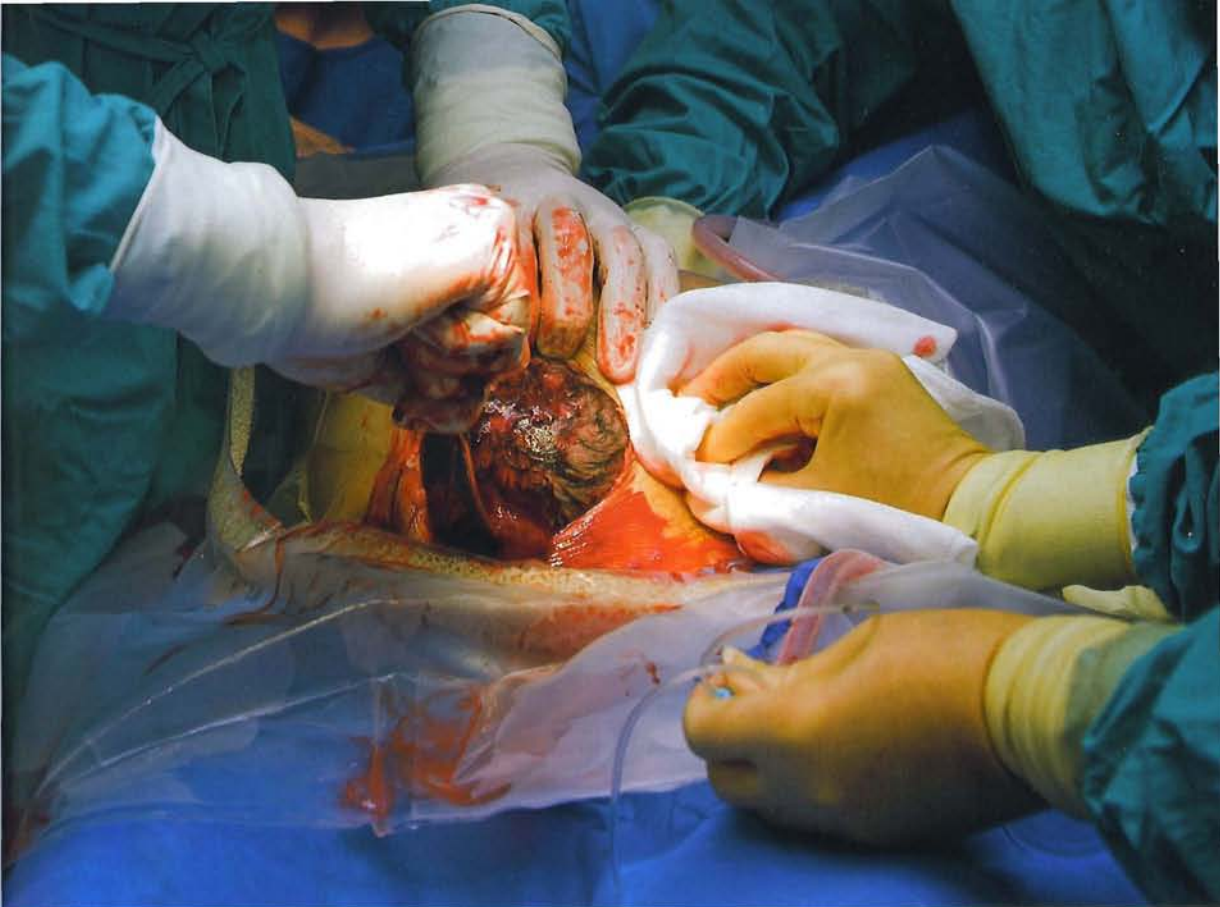
Introducción

Puerto Rico tuvo 50,564 nacimientos en el año 2005 (último año para el cual se han publicado las estadísticas vitales finales de salud por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos).¹ De éstos, 48.1% fueron por cesárea, esta cifra constituye la más alta de todas las jurisdicciones de los Estados Unidos, y posiblemente la más alta del mundo. Hemos visto un aumento consistente del por ciento de partos por cesárea desde el 1995, año en que tuvimos una tasa de 29.7%. La tasa nacional de partos por cesárea en los Estados Unidos para 2005 fue 30.3%, y la segunda tasa más alta de todas las jurisdicciones de los EEUU en ese año fue la del estado de Louisiana, con 36.8%.¹

El objetivo nacional de los EEUU para partos por cesárea para el año 2010 es de 15.5% de

cesáreas primarias y de 37% de partos vaginales en pacientes con parto previo por cesárea.² En Puerto Rico solamente 2.8% de las pacientes con cesárea previa tuvieron un parto vaginal en el 2004.³ La Organización Mundial de la Salud ha recomendado que las tasas de cesárea en un país deben fluctuar desde un mínimo de 5% hasta un máximo de 15%. De acuerdo a estas recomendaciones internacionales, entonces, Puerto Rico tiene aproximadamente tres veces el número de cesáreas recomendado. Dicho de otra manera, dos de cada tres cesáreas en nuestro país pudieran evitarse. A pesar de este alto grado de medicalización y aplicación de tecnología, nuestra tasa de mortalidad materna está muy lejos de la meta del año 2010; nuestra tasa de mortalidad infantil es una de las más altas de todas las jurisdicciones de los Estados Unidos (9.8/1,000 nacidos vivos contra 6.8 en todo Estados Unidos).^{4,5} Por otro lado, nuestra tasa de bajo peso al nacer va en ascenso desde 10.8% en el año 2000, hasta 11.5% en 2002 y 12.8% en 2005.^{1,6,7} La tasa de bajo peso al nacer en los Estados Unidos fue de 8.2% en el año 2005.¹

La cesárea está asociada a numerosas complicaciones maternas que ocurren con mayor frecuencia que en el parto vaginal. En lugar de un evento fisiológico, se transforma el nacimiento del bebé en un procedimiento de cirugía mayor. Una mujer de cesárea tiene más riesgo de requerir cirugía posteriormente para removerle su útero que una mujer que pare por vía vaginal.^{8,9} La cesárea le añade un riesgo de fenómenos tromboembólicos, incluyendo embolia pulmonar.^{9,10} Tiene más riesgo de daño por la cirugía a



Hasta este momento, no se ha establecido en nuestro país ninguna estrategia para lidiar efectivamente con este problema de salud reproductiva. Sobre todo, no se ha llevado a cabo ningún intento de identificar los conocimientos, actitudes y experiencias de estas madres sometidas a una tasa tan alta de cesárea.



estructuras anatómicas adyacentes, mayor riesgo de necesitar hospitalización nuevamente luego del alta, y mayor riesgo de infección.⁸⁻¹⁰ El riesgo de dolor severo y más prolongado es mucho mayor para una cesárea que para un parto vaginal. La mujer tiene un riesgo mayor de

sentimientos negativos sobre la experiencia del parto, y está menos propensa a sentirse que estuvo en control.¹¹ Tiene menos probabilidad de lograr contacto significativo con su bebé luego del parto, y tiene más probabilidad de albergar sentimientos negativos hacia su bebé. La

madre que sufre una cesárea no planificada está a mayor riesgo de síntomas traumáticos como miedo y ansiedad y de cumplir criterios de síndrome de estrés postraumático. Su riesgo de baja autoestima y pobre salud mental puede aumentarse por la cesárea.¹¹⁻¹³ Hay un riesgo



Los ginecólogos Jose Gorrín y Ana Parrilla autores del estudio que revela el alto porcentaje de cesáreas en Puerto Rico, presentan los hallazgos a la Procuradora del Paciente, Luz T. Amador.

alto para el bebé de sufrir laceraciones accidentales durante la cesárea¹⁶ y de tener problemas respiratorios en el periodo neonatal con mayor frecuencia que los bebés de la misma edad que nacen por vía vaginal.^{17,18} La cesárea interfiere con el inicio y el establecimiento de la lactancia exitosa^{10-12,14} y condena a la madre a procedimientos quirúrgicos repetidos, sobre todo en un país como el nuestro donde hay tan pocos partos vaginales después de una cesárea.

La cesárea tiene impacto sobre los futuros embarazos y partos de una mujer. Hay mayor riesgo de infertilidad involuntaria, mayor riesgo de muerte materna¹⁹, mayor riesgo de embarazo ectópico (la primera causa de muerte materna en el primer trimestre de un embarazo)^{8,20}, mayor riesgo de placenta previa, placenta accreta y desprendimiento prematuro de la placenta^{8,21}. Los bebés concebidos en úteros con cicatrices previas tienen un riesgo mayor de muerte, bajo peso al nacer y parto prematuro²².

Hasta este momento, no se ha establecido en nuestro país ninguna estrategia para lidiar efectivamente con este problema de salud reproductiva. Sobre todo, no se ha llevado a cabo ningún intento de identificar los conocimientos, actitudes y experiencias de estas madres sometidas a una tasa tan alta de cesáreas. Con este estudio se pretende sentar las bases para unas intervenciones a nivel de la comunidad de modo que se pueda aspirar a reducir esta alarmante tasa.

Con el propósito de explorar los conocimientos, las actitudes, y las experiencias en el embarazo y el parto en las madres puertorriqueñas se realizó un estudio cualitativo. Los objetivos del estudio fueron:

1. Identificar las experiencias en el periodo prenatal y durante el parto de las participantes del estudio.
2. Identificar las experiencias después que nace el bebé.
3. Identificar las actitudes hacia el parto y comprensión de los

derechos de la maternidad.

4. Identificar la opinión o evaluación de los participantes sobre su experiencia de parto.
5. Analizar las necesidades de información sobre los tópicos estudiados.

Metodología

La metodología de este estudio exploratorio fue uno bien similar a la descrita por Milligan y sus colaboradores²³. El diseño del estudio fue uno cualitativo - descriptivo transversal. El propósito general de estos diseños es determinar si un fenómeno existe o no. Éste es utilizado especialmente cuando existe poco conocimiento acerca de la variable de interés, en este caso, el impacto de una cesárea. La muestra estuvo compuesta por mujeres puertorriqueñas participantes del Programa WIC a quienes se les practicó una cesárea primaria, eran primíparas, y la misma se realizó hace un año o menos. Se llevaron a cabo 16 grupos focales (dos por cada región tra-

dicional de salud), cada grupo contó con la participación de entre 4 a 12 mujeres, para un total de 111 mujeres. Se utilizó como instrumento una guía de 36 preguntas de investigación que abarcó las siguientes áreas de interés:

- experiencias de las participantes durante el periodo prenatal, especialmente sobre el cuidado prenatal que recibieron, incluyendo información y consentimiento informado;
- experiencias de las participantes durante el parto;
- opinión o evaluación de las participantes sobre su experiencia de parto;
- experiencias de las participantes después que nace el bebé,
- y las actitudes de las participantes hacia el parto y la comprensión de los derechos de la maternidad.

La estrategia que se utilizó para recopilar los datos fue la de grupos focales, ya que se buscaba escuchar las “voces” de grupos vulnerables.²³⁻²⁶ Contrario a otros tipos de estrategias, los grupos focales ofrecen la alternativa de “escuchar a” y “aprender de” las personas en un ambiente neutral y seguro.^{23,25,26} Esta técnica ayuda también a los investigadores a conectar las “voces” e historias de las mujeres que han vivido la experiencia de una cesárea y que no son viables de obtener a través de una técnica de investigación cuantitativa.²³⁻²⁷

Es importante señalar que el equipo de investigadores entiende que los hallazgos que se encontraron no son generalizables a la población de interés; sin embargo, esta técnica es aceptada como una forma importante para aprender el significado social de la cesárea en un país donde su tasa es una de las más altas en el mundo.

Resultados y Análisis

Este trabajo de investigación ha explorado el nivel de conocimiento, las actitudes y las experiencias relacionadas al embarazo y al parto en un grupo de madres puertorriqueñas luego de un par-

to por cesárea. Muy importante es el hecho que este estudio ha documentado de forma sistemática unos aspectos del embarazo y el parto que se han ignorado hasta ahora. Los reportes relacionados al comportamiento y experiencias reproductivas de las puertorriqueñas se habían limitado a los aspectos de estadísticas vitales, sin un énfasis y análisis adecuado de los aspectos humanos, los derechos de las madres y de sus bebés, y las experiencias percibidas por parte de nuestras madres.²⁸⁻³⁰ El hecho mismo de que estos aspectos se hayan ignorado hasta ahora es un ejemplo dramático de cómo la medicalización del parto ha prescindido del insumo de la protagonista del mismo, de un evento que históricamente y hasta hace relativamente poco tiempo fue un evento familiar. Mediante este estudio, y los que nos proponemos hacer partiendo de esta base, preten-

Los pronunciamientos éticos del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), así como el marco legal vigente en Puerto Rico, establecen el derecho de la mujer a recibir esta información, y la obligación del médico a proveerla.

demos lograr una comprensión cabal de la experiencia de parir en Puerto Rico.

Al evaluar las opiniones de las madres en cuanto al periodo prenatal encontramos que la orientación ofrecida a las madres por el obstetra se limitó mayormente a los aspectos de las pruebas de laboratorio o sonogramas ordenados, y en ocasiones, luego de que la madre preguntara. En cuanto

a las estrategias ofrecidas para reducir el riesgo de una cesárea, las madres dijeron que fue prácticamente nada.

No se reportó que el obstetra las orientara en cuanto a sus derechos de rehusar una intervención y a que se les proveyera la información contemplada en el proceso de consentimiento informado. Los pronunciamientos éticos del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), así como el marco legal vigente en Puerto Rico, establecen el derecho de la mujer a recibir esta información, y la obligación del médico a proveerla.³¹⁻³³

La mayoría de las madres dijo que no había tomado un curso de preparación para el parto. La mayoría desconocía por qué no se le habló de ello, de los beneficios de la doula, la acompañante adiestrada para proveer apoyo en el parto. El cuidado prenatal estuvo dirigido por un/a obstetra con la participación de una enfermera y en ocasiones, de una nutricionista.

La información provista por las madres en cuanto al parto incluyó que la mayoría reportó que su parto fue inducido, ya fuera con pitocina o mediante una pastilla. Este hallazgo es cónsono con lo reportado en un estudio realizado por la División de Madres, Niños y Adolescentes del Departamento de Salud y reportado en julio de 2005. En este estudio se informó que el 59.5% de los partos fueron provocados, un 66.6% en los partos vaginales y un 52.5% en las cesáreas.²⁸ La literatura obstétrica menciona tasas de inducción del parto de 20% a alrededor de 40% en los EEUU y otros países.³⁴ Sobre este particular debe señalarse que el ACOG no recomienda la inducción del parto por conveniencia, excepto en rarísimas situaciones.³⁵ Una razón para ello es que el parto inducido se asocia a un aumento de 2 a 3 veces en la tasa de cesáreas.³⁶⁻⁴⁰ El texto de Obstetricia de Williams dice que no puede justificarse la inducción electiva del parto, por los aumentos en riesgos para la

A pesar de que todas las entrevistadas tuvieron cesáreas la mayoría estuvo de acuerdo en que parir es un proceso natural con el cual no se debe interferir a menos que sea médicamente necesario.



madre, incluyendo la muerte, asociados al riesgo aumentado de cesáreas.⁴¹

Al estudiar las razones ofrecidas por las madres para su inducción del parto, no se mencionaron razones médicas u obstétricas justificadas para la inducción. Estas inducciones deben considerarse, por lo tanto, como electivas. A una participante, su médico le dijo que él se iba de vacaciones y que ella había completado 40 semanas. Ésta no es una razón válida pues no hay evidencia científica que la justifique. Aún a las 41 semanas completadas no se justifica la inducción rutinaria, lo que Metincoglou ha llamado genialmente "rescatar a la madre de algo normal".⁴² Otra madre fue inducida porque su médico "pone a parir los miércoles". Tan absurda razón solamente merece un comentario. El estudio del Departamento de Salud antes citado ha demostrado que los lunes, martes y miércoles son los días en que mayor

número de cesáreas se hacen en Puerto Rico, representando esos tres días el 68% de las cesáreas, mientras en los otros cuatro días de la semana se hacen solamente el 32%.²⁸

Otra madre reportó que la razón para inducir la fue que el bebé "ya estaba listo para salir". Otra madre dijo que si no había parido para la semana 39 su médico la iba a inducir. A ninguna de estas madres se le explicó los riesgos de una inducción.

Hemos señalado el riesgo añadido de parto por cesárea en madres con partos inducidos. Es importante saber que la inducción del parto aumenta también el riesgo de corioamnionitis, infección intrauterina. Esta combinación de factores aumenta a su vez el riesgo de que la mujer requiera una histerectomía de emergencia al momento de, o poco después de, la cesárea. Shellhaas reportó sobre 146 histerectomías de emergencia en 136,948 partos, encontrando un riesgo 5 veces

mayor en partos por cesárea.⁴³ Una tercera parte de éstas se debió a atonía uterina, siendo esta indicación más frecuente en mujeres con partos inducidos o aumentados, o en aquellas con corioamnionitis. El trabajo de Kastner de 2002 reportó hallazgos similares.⁴⁴

El tema del apoyo en el parto arrojó resultados interesantes. Muchas de las madres entrevistadas estuvieron solas y no recibieron apoyo. Los trabajos de Klaus y Kennell han probado que el apoyo humano durante el parto reduce la tasa de cesáreas, entre muchos otros beneficios.^{45,46} Las barreras hospitalarias que impidieron la presencia del esposo, de una doula, o de otras personas, no se justifican. De hecho, la Ley 156 del 10 de agosto de 2006, que entró en vigor en marzo de 2007, garantiza el derecho de la parturienta a escoger la persona o personas que la acompañen durante las diversas etapas del parto.³³ Es una ley de avanzada

que puede comenzar a atender los problemas sufridos por muchas madres de este estudio. Es importante que las madres y la comunidad estén conscientes de esta ley y exijan su cabal cumplimiento por los hospitales y proveedores de servicios de salud.

La información dada por las madres en cuanto a la indicación para su cesárea fue variada. En algunos casos resulta evidente que la indicación no era válida, y en algunos otros la madre no tuvo participación alguna en la decisión. Una madre dijo que no le explicaron nada, y que ella solamente firmó para la anestesia. Otra dijo que fue su esposo quien le dijo que había que hacer una cesárea. A otra le dijo su médico que la iba a inducir porque había llegado a las 40 semanas, y si no dilataba le hacía una cesárea. Otra dijo que le hicieron una cesárea porque su médico se iba de vacaciones. El testimonio de otra madre fue que había roto fuente y como no le empezaron las contracciones le hicieron una cesárea. Otra tenía un cerclaje para cuello incompetente y por ello le hicieron una cesárea. A otra le dijeron que una placa había revelado una vuelta de cordón alrededor del cuello del bebé. Ninguna de estas alegadas indicaciones tiene validez científica alguna. Y, muy importante, el proceso de obtener el consentimiento de la paciente para el procedimiento violó los principios más elementales del consentimiento informado. El ACOG, a través de su Comité de Ética y su documento "Ethical Dimensions of Informed Consent" que está vigente desde mayo de 1992, y que fue reafirmado por el ACOG en 2004 en su libro *Ethics in Obstetrics and Gynecology*, menciona la información que debe compartirse con la paciente antes de realizarle un procedimiento y la resume así: el diagnóstico y la descripción de la condición médica de la paciente, una descripción del tratamiento propuesto, su naturaleza y propósito, los riesgos y posibles complicaciones del tratamiento propuesto,

la probabilidad de éxito del tratamiento, las alternativas de tratamiento y hasta los méritos relativos de no aplicar tratamiento alguno.^{31,32} Cabe señalar que estos principios éticos rigen no solamente para la realización de una cesárea, sino también para la inducción del parto, procedimiento hecho en este estudio sin indicación válida la mayoría de las veces.

Las técnicas no farmacológicas de desdolorización que han demostrado efectividad sin efectos secundarios pueden incluir la inmersión en una bañera o piscina, el baño de ducha, los cambios de posición y ambulación, el uso de bolas de parto, la aplicación de calor o frío, los cambios ambientales de música, aromaterapia, los masajes o acupresión, y las técnicas de respiración y relajación.⁴⁷ Con excepción de ésta última, que reportaron algunas madres, ninguna de las otras se utilizó entre las entrevistadas.

Un tema abordado en la investigación es el de la cesárea realizada a petición de la madre. Un tema que ha adquirido relevancia recientemente pues algunos obstetras plantean que las madres "piden la cesárea". Incluso algunas personas han planteado que las mujeres deben tener el "derecho" de pedir una cesárea sin indicación válida como un ejercicio de libre selección ("free choice"). Se celebró a finales de marzo de 2006 una conferencia

El concepto de la cuarentena de la primera mitad del siglo XX perseguía precisamente darle a ese binomio el tiempo exclusivo para ellos dos, algo que se ha perdido y que se debe recuperar como estrategia de promoción de la salud de ambos.

sobre el estado de este tema en las instalaciones de los Institutos Nacionales de Salud de los EEUU, en Washington, DC.⁴⁸ El panel que discutió el tema estuvo compuesto por 11 hombres y 7 mujeres. Entre los panelistas había 11 médicos, 1 partera y una enfermera. La agenda y el desarrollo de los trabajos procedieron basados en un paradigma y un modelo de análisis equivocados. El paradigma era que, en efecto, las madres norteamericanas están pidiendo cesáreas electivas. Se ignoró durante los trabajos el único estudio hecho en los EEUU sobre este tema, las dos encuestas científicas hechas por Declercq et al, en 2002 y 2006, llamadas "Listening to Mothers".^{11,12} En estas encuestas se había encontrado que tan solo 0.39% de las madres sometidas a cesárea la habían pedido durante la etapa prenatal.

El método de análisis equivocado fue comparar la cesárea por petición con el parto obstétrico planificado. No se utilizó el modelo del parto fisiológico natural, sino el parto medicalizado con obstetra. Se encontró un riesgo parecido en ambas opciones, lo que solamente indica que los riesgos del parto medicalizado ya se parecen a los de una cesárea.⁴⁸ Después de todo, ambos están lastrados por intervenciones médicas a menudo no avaladas por la evidencia científica disponible.

En nuestro estudio ninguna madre pidió una cesárea primaria durante su etapa prenatal. Unas pocas pidieron una cesárea luego de pasar por todo el proceso de medicalización, inmovilización, falta de alimentos, inducción de contracciones no fisiológicas por métodos artificiales, soledad y falta de apoyo. Este escenario difícilmente puede describirse como una cesárea por petición libre y voluntaria de la madre. El tema deberá abordarse más en detalle en un estudio posterior.

La opinión de las participantes en el estudio sobre su experiencia de parto fue muy reveladora. La mayoría describió su estado anímico durante el parto como



uno de soledad, miedo, desamparo, nerviosismo, coraje, llanto y preocupación. Algunas dijeron sentirse tranquilas. La descripción de la experiencia del parto por cesárea se describió desde normal a traumática y horrible. Una madre dijo que no quería tener más hijos, que su cicatriz es la más fea del mundo. Otra se sintió decepcionada pues quería parir, y le dio depresión posparto. Un testimonio muy importante fue el de una madre quien dijo que la experiencia fue buena porque le salvaron a su bebé. Su testimonio partió de la premisa que su bebé hubiese

De particular importancia son los testimonios de madres que entendieron que la cesárea estaba indicada porque se habían cumplido 40 semanas, que el líquido amniótico estaba bajito, las vueltas de cordón alrededor del cuello.

muerto a no ser por la cesárea, algo que no se desprendía claramente de la indicación dada para la misma. Este tipo de reacción dramatiza la vulnerabilidad de la madre en esa etapa por su preocupación por la vida y salud de su bebé. Otra madre describe la experiencia como horrible, y que pasó el tiempo llorando e histérica.

En cuanto al nivel de conocimiento sobre la indicación para la cesárea, la mayoría creyó que sí estuvo indicada porque no dilataban o por problemas de salud. Entre las que dijeron que no estuvo indicada se encontró que el médico no le había dado las razones. De particular importancia son los testimonios de madres que entendieron que la cesárea estaba indicada porque se habían cumplido 40 semanas, que el líquido amniótico estaba bajito, las vueltas de cordón alrededor del cuello, y que había dilatado hasta 5 centímetros pero eran las 7 de la noche y la nena había encajado desde la 1:00 pm. Ninguna de estas explicaciones denota una cabal comprensión de la validez de la indicación,¹⁷ sino una vulnerabilidad a que a su bebé no le pasara nada.

En cuanto a la preferencia de las madres entrevistadas para sus próximos partos, casi todos los comentarios fueron a favor de un parto vaginal, unas pocas a favor de no volver a parir, y muy pocas a favor de otra cesárea. Uno de los comentarios recogidos fue la necesidad de otra cesárea para esterilizarse "de una vez". Este testimonio levanta la relevancia de la escasez de proveedores de atención al parto en el país que respete el derecho de una madre a intentar un parto vaginal después de una cesárea.

El renglón de las experiencias de las participantes después del nacimiento del bebé arrojó información muy pertinente. La mayoría de las madres no vio ni tuvo a su bebé en brazos hasta uno o dos días después del nacimiento. Muy pocas lo vieron enseguida. Ninguna madre tuvo a su bebé con ella durante

la primera hora después de la cesárea. En todas estas madres se perdió el momento más importante para iniciar el apego y la lactancia. La mayoría de las madres no pudo lactar a su bebé en el hospital. Casi ninguna pudo hacer lactancia exclusiva. La mayoría de las madres no recibió ayuda del personal para iniciar la lactancia. Estos datos confligen con lo encontrado por el Departamento de Salud de que más del 90% de las madres puertorriqueñas expresan durante el embarazo que quieren lactar una vez nazca su bebé.⁴⁹ Las que lograron algún tipo de lactancia solamente la mantuvieron por algunas semanas y muy pocas estaban lactando al momento del grupo focal.

Los problemas de la madre después de la cesárea y del alta del hospital se concentraron en los de carácter emocional. Predominaron testimonios de baja autoestima, depresión y falta de deseo sexual. Aunque este periodo en la vida de una mujer puede contener este tipo de problemas, aún después de un parto natural, la literatura señala la que el parto fisiológico puede contribuir a la prevención de este tipo de cuadro. Las madres mismas, por otro lado, asocian en sus intervenciones los problemas emocionales con el proceso y escenario de la cesárea. En el estudio del Departamento de Salud previamente citado se recogió la información sobre el tiempo estimado en que la madre entiende que puede atender a su bebé. En los partos por cesárea, el 63.2% de las madres entendió que necesitaría de 1 a 4 semanas, y solamente el 32% se sintió capaz de atenderlo enseguida después del alta. Esto contrasta con el 26.4% y el 71.9% en partos vaginales.²⁸ La cesárea, por lo tanto, se caracteriza por un retraso de la madre en sentirse capaz de atender a su bebé en la etapa más crucial para el desarrollo del apego del binomio madre/bebé. El concepto de la cuarentena de la primera mitad del siglo XX perseguía precisamente darle a ese binomio el tiempo exclusivo para ellos dos, algo que se ha

perdido y que se debe recuperar como estrategia de promoción de la salud de ambos.

A pesar de que todas las entrevistadas tuvieron cesáreas, la mayoría estuvo de acuerdo en que parir es un proceso natural con el cual no se debe interferir a menos que sea médicamente necesario. Las madres no estuvieron de acuerdo con el planteamiento de la cesárea por petición y sin indicación médica válida. Reiteraron al final de la entrevista su preferencia por un parto vaginal la próxima vez.

Conclusiones y Recomendaciones

A la luz de estos hallazgos hacemos las siguientes recomendaciones:

1. Realizar nuevos estudios de investigación que identifiquen los niveles de cumplimiento por parte de los proveedores de atención al embarazo y el parto con las normas y estándares aceptados para la prestación de estos servicios, y con los principios éticos y legales del consentimiento informado.

2. Recabar la intervención del Departamento de Salud como entidad de vigilancia y garantizadora de la excelencia de los servicios de salud al pueblo, aunque ya no sea proveedor directo de la mayoría de estos servicios.

3. Obtener la colaboración de la Procuraduría de la Mujer y del Procurador del Paciente del Gobierno de Puerto Rico para lograr la creación de legislación que cobije a las parteras en Puerto Rico como proveedoras de servicios primarios de salud a la mujer y sus bebés. Esta opción forma parte de los derechos de las mujeres contenidos en la Iniciativa del Parto Amigable a la Madre de la Coalición para Mejorar los Servicios a la Maternidad.⁵⁰

4. Fortalecer los programas de educación a las madres y padres del país para que hagan valer sus derechos a servicios de excelencia y a la plena participación en las decisiones que afecten su salud. Sugerimos como tema principal: Parir con seguridad y

dignidad es tu derecho.

5. Recabar la incorporación a estos esfuerzos de la clase obstrétrica del país, de sus organizaciones profesionales, y de los centros de adiestramiento de los obstetras, pediatras y enfermeras, así como en los programas de educación continuada de los/as profesionales de la salud que ya salieron de las escuelas de formación.

Referencias

1. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kirmeyer S, Munson ML. Births: Final data for 2005. National vital statistics reports; vol 56 no 6. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2007.
2. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. 2nd ed. With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health. 1 & 2 vols. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000.
3. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, et al. Births: Final data for 2004. National vital statistics reports; vol 55 no 1. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2006.
4. Departamento de Salud de Puerto Rico. Eventos Vitales. 2002.
5. Mathews, TJ et al. Infant Mortality Statistics from the 2001 Period Linked Birth/Infant Death Data Set. Nat Vital Stat Rep 2002;52(2).
6. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Menacker F, Park MM. Births: Final data for 2000. National vital statistics reports; vol 50 no 5. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics. 2002.
7. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Munson ML. Births: Final data for 2002. National vital statistics reports; vol 52 no 10. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics. 2003.
8. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ et al. Maternal Morbidity Associated With Multiple Repeat Cesarean Deliveries. Obstetrics & Gynecology 2006;107:1226-1232.
9. Lui S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. CMAJ 2007;176:455-60.
10. Lydon-Rochelle M et al. Association between method of delivery and maternal

- rehospitalization. *JAMA* 2000;283:2411-6.
11. Declercq ER, Sakala C, Corry MP. Listening to Mothers: Report of the First National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. New York: Maternity Center Association, Oct 2002.
 12. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. Listening to Mothers II: Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. New York: Childbirth Connection, October 2006.
 13. Jolly J, Walker J, and Bhabra K. Subsequent obstetric performance related to primary mode of delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106(3):227-32.
 14. Mutryn C. Psychosocial impact of cesarean section on the family: a literature review. *Soc Sci Med* 1993;37(10):1271-81.
 15. Soet JE, Brack GA, and Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003;30(1):36-46.
 16. van Ham MA, van Dongen PW, Mulder J. Maternal consequences of caesarean section. A retrospective study of intraoperative and postoperative maternal complications of caesarean section during a 10-year period. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;74(1):1-6.
 17. ACOG. Evaluation of Cesarean Delivery. Washington, DC: ACOG, 2000.
 18. Levine EM et al. Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns. *Obstet Gynecol* 2001;97(3):439-42.
 19. Enkin M et al. A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. 3d ed. Oxford: Oxford University Press, 2000.
 20. Hemminki E and Merilainen J. Long-term effects of cesarean sections: ectopic pregnancies and placental problems. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(5):1569-74.
 21. Ananth CV, Smulian JC, and Vintzileos AM. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177(5):1071-8.
 22. Annibale DJ et al. Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149(8):862-7.
 23. Milligan R, Wingrove B, Richards L, Rodan M, Monroe-Lord L, Jackson V, Hatcher B, Harris C, Henderson C, Johnson AA. Perceptions about prenatal care: views of urban vulnerable groups. *BMC Public Health* 2002, 2:25.
 24. Denzin N, Lincoln Y. Handbook of qualitative research 2000.
 25. Asbury. Overview of focus groups research. *Qualitative Health Research* 1990, 5:414-20.
 26. Patton, Michael Quinn. Qualitative evaluation and research methods. (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage 1990.
 27. Miles M, Huberman A. Qualitative data analysis. Thousand Oaks. California: Sage Publications, Inc. 1994.
 28. Departamento de Salud. Secretaría Auxiliar para la Prevención y Control de Enfermedades. División de Madres, Niños y Adolescentes. Elección del parto por cesárea: Experiencias y actitudes de la mujer en la toma de decisión y la práctica del médico. Julio, 2005.
 29. Varela-Flores R, Vázquez-Rivera H, Menacker f, Ahmed Y, Grant Am, Jamieson DJ, Whiteman MK, Farr SL. Rates of Cesarean Delivery among Puerto Rican Women – Puerto Rico and the US Mainland, 1992-2002. *MMWR* 2006, 55(03):68-71.
 30. Farr SL, Jamieson DJ, Vázquez Rivera H, Ahmed Y, Heilig CM. Risk Factors for Cesarean Delivery Among Puerto Rican Women. *Obstetrics and Gynecology* 2007, 109:1351-1357.
 31. American College of Obstetricians and Gynecologists. Ethical Dimensions of Informed Consent. ACOG Committee Opinion #108. Washington, DC: ACOG, 1992.
 32. American College of Obstetricians and Gynecologists. Ethics in Obstetrics and Gynecology. 2nd edition. ACOG, Washington, DC, 2004.
 33. Ley Núm. 156 del 10 de agosto de 2006. "Ley de Acompañamiento durante el Trabajo de Parto, Nacimiento y Post-Parto. Descargada de http://www.rcm.upr.edu/mch/pdf/legislacion/ley_156_acompanamiento_parto.pdf el 5 de mayo de 2007.
 34. Rayburn WF, Zhang J. Rising Rates of Labor Induction: Present Concerns and Future Strategies. *Obstetrics & Gynecology* 2002;100:164-167.
 35. American College of Obstetricians and Gynecologists. Induction of labor. Practice Bulletin #10. ACOG, Washington, DC. November 1999.
 36. Luthy DA, Malmgren JA, Zingheim RW. Increased cesarean section rates associated with elective induction in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:S106.
 37. Yeast JD, Jones A, Poskin M. Induction of labor and the relationship to cesarean delivery: A review of 7001 consecutive inductions. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:628.
 38. Hoffman MK, Sciscione AC. Elective induction with cervical ripening increases the risk of cesarean delivery in multiparous women. *Obstet Gynecol* 2003;101:7S.
 39. Maslow AS, Sweeney AL. Elective induction of labor as a risk factor for cesarean delivery among low-risk women at term. *Obstet Gynecol* 2000;95:917.
 40. Smith KM, Hoffman MK, Sciscione A. Elective induction of labor in nulliparous women increases the risk of cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2003;101:45S.
 41. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 22nd. edition. McGraw- Hill Medical Publishing Division. 2005.
 42. Metincoglou SM, Hall FP. Routine induction of labour at 41 weeks gestation: Nonsensus consensus. *Br J Obstet Gynaecol* 2002 ;109:485.
 43. Shellhaas C for the NICHD MFMU Network. The MFMU cesarean registry: Cesarean hysterectomy – its indications, morbidities, and mortality. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:S123.
 44. Kastner ES, Figueroa R, Garry D et al. Emergency peripartum hysterectomy: Experience at a community teaching hospital. *Obstet Gynecol* 2002;99:971.
 45. Klaus MH, Kennell JH. The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Pediatr* 1997;86(10):1034.
 46. Kennell JH, Klaus MH. Continuous nursing support during labor. *JAMA* 289(2):175, 2003.
 47. Sagady L M, Romano A, Woolley D. Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the Ten Steps of Mother-Friendly Care - Step 7: Educates Staff in Nondrug Methods of Pain Relief and Does Not Promote Use of Analgesic, Anesthetic Drugs. *J Perinat Educ (Supplement)* 2007;16:1, Winter.
 48. National Institutes of Health. NIH Consensus and State-of-the-Science Statement on Cesarean Delivery on Maternal Request. Volume 23, Number 1. March 27–29, 2006.
 49. División de Madres, Niños y Adolescentes (2004). Estudio de Salud Materno Infantil (ESMIPIR). Departamento de Salud de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.
 50. Coalition for Improving Maternity Services. The Mother-Friendly Childbirth Initiative. CIMS, Ponte Vedra, Fla., 1996.
 38. Hoffman MK, Sciscione AC. Elective