



62

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PARTICIPACION DE ENFERMERIA EN EL CONTROL PRENATAL E
IDENTIFICACION DE INDICADORES QUE ORIGINAN EL INCREMENTO DE
CESARIAS EN EL HOSPITAL "DR. MIGUEL SILVA"**

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA**

**PRESENTAN:
MARBELLA DAMIAN GOMEZ
MARIA OLIVA CORTES ALEGRE**

**DIRECTOR ACADEMICO:
LIC. ENF. MA. DE LOS ANGELES GARCIA ALBARRAN**

MORELIA, MICH.

2000

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Con la mayor humildad le damos gracias a Dios nuestro señor por habernos puesto todos los instrumentos para realizar esta investigación.

A la Licenciada Ma. De los Angeles García Albarrán por haber puesto todo su empeño e intelecto para guiarnos a obtener nuevos y mejores conocimientos.

A nuestra familia por su comprensión y apoyo brindándonos su amor cuando más los necesitábamos

Deseamos hacer patente nuestro sincero agradecimiento a los médicos y compañeros que nos ayudaron y dieron orientación e información para la realización de este trabajo.

A nuestras amigas que siempre nos dieron palabras de aliento.

INDICE

INTRODUCCION	1
RESUMEN	5
JUSTIFICACION	7
OBJETIVOS GENERAL	8
OBJETIVO ESPECIFICO	8
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
II. MARCO TEORICO	11
III .METODOLOGIA	
3.1 HIPOTESIS	43
3.2 VARIABLES	43
3.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE	43
3.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE	
3.3 TIPO DE INVESTIGACION	45
3.3.1 RETROSPECTIVO	45
3.3.2 PROSPECTIVO	45
3.3.3 DESCRIPTIVO	46
3.3.4 LONGITUDINAL	46
3.4 UNIVERSO DE TRABAJO	46
3.4.1 UNIVERSO	46
3.4.2 MUESTRA	46
3.5 CRITERIOS	46
3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSION	46
3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSION	46
3.6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	47
3.7 METODO – TECNICA – INSTRUMENTO	48
3.7.1 METODO CIENTIFICO	48
3.7.2 TECNICA	48
3.7.3 INSTRUMENTO	48
3.7.3.1 TIPO DE CUESTIONARIO	48
IV. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL INFORME	48
4.1 CUADROS Y GRAFICAS	51
4.2 ANALISIS Y LA INTERPRETACION	97
4.3 COMPROBACION DE LA HIPOTESIS	101
4.4 TOPICO DE REFLEXION	102
V. CONCLUSIONES	103
VI. SUGERENCIAS	104
VII. BIBLIOGRAFIA	106
ANEXOS	
GLOSARIO DE TERMINOS	
CUESTIONARIO DE PACIENTES	
CUESTIONARIO DE ENFERMERIA	

INTRODUCCIÓN

Hacia el año de 1580, en la entonces joven ciudad de Valladolid, bajo el hospicio del Obispo de Medina Rincón , se funda la primera institución con funciones de asistencia en salud, laboró ahí Fray Fernando Moreno de Navarro quién puede ser considerado como el primer médico de la ciudad. A mediados del siglo XVII con la llegada de la orden de San Juan de Dios, se fortifica en la ciudad la asistencia hospitalaria y en 1694 se establece el hospital de Los Juaninos en el bello palacio construido por el Obispo de Ortega y Montañés en la ahora esquina de Madero y Morelos Sur, permaneció ahí hasta su cambio muy fugaz al exconvento de San Diego en 1861, con los cambios ocurridos en la Guerra de Reforma. Entre 1863 y 1867 se reubicó el hospital en el exconvento de la Merced y posteriormente, bajo la orden del Lic. Justo Mendoza en 1867 se traslada al exconvento de Capuchinas, siendo ya para entonces un hospital bajo la administración del Gobierno Civil, como resultado de los cambios de la Reforma a finales del siglo XIX y bajo la gobernatura del Lic. Aristeo Mercado se planea y construye un hospital modelo para su época, en la llamada calle nacional, ahora Av. Madero Poniente, siendo su constructor el Ing. Evaristo Ramos y su primer director el Dr. Aurelio Pérez y siendo inaugurado el 16 de julio de 1901, fecha desde entonces conmemorada como el Aniversario de nuestro Hospital.

Pese a su grandeza y adecuada planeación para ese tiempo, el Hospital General de Michoacán en sus 50 años de funcionamiento fué considerado fuera de lo adecuado para brindar la creciente necesidad de atención por lo que en el año de 1957, bajo la dirección del Dr. Fernando Calderón Vega y siendo Gobernador del Estado el General Dámaso Cárdenas, se construye el nuevo edificio que ocupa hasta el momento actual nuestro hospital.

Uno de sus fundadores habría de dejarle su nombre para la prosperidad; El Dr. Miguel Silva González, ilustre michoacano de espíritu siempre joven, inquieto y combativo; médico que hizo de su ejercicio profesional la tarea cotidiana de servir

ciudadano que luchó por el bien común y que terminó su vida dando ejemplo de honestidad y respeto a sus ideales.

El Hospital General "Dr. Miguel Silva" se encuentra ubicado actualmente al norte con la calle Samuel Ramos al sur con la calle Ortega y Montañez, al este con la calle Isidro Huarte, al oeste con la calle Gertrudis Bocanegra, la estructura está en forma de H.

En la información estadística existente sobre la población del hospital se aprecia una importante cantidad de mujeres en edad reproductiva lo que ha motivado el interés de las autoras de la investigación, para realizar un estudio sobre la participación de enfermería en el control prenatal e identificación de indicadores que originan el incremento de cesáreas en el Hospital General "Dr. Miguel Silva", Morelia, Michoacán en el año 2000 para el desarrollo general del trabajo, se realizó la investigación estadística a través de la utilización de los diferentes medios de registro y captación de casos de pacientes post-operadas de cesáreas.

Realizándose para determinar los beneficios que aportaría la implementación de estrategias para disminuir el incremento de cesáreas en diversos sentidos con el fin de abordar el problema a nivel preventivo, factores de riesgo que ponen en peligro a la madre y al producto.

El modelo se encuentra estructurado de tal manera que permitirá al lector seguir de cerca a los investigadores y a la vez le otorgará instrumentos que le den la oportunidad de participar en el análisis del fenómeno sujeto a estudio.

El diseño del contenido se estructura de la siguiente forma: introducción, resumen, justificación, objetivos, planteamiento del problema, marco teórico, metodología, análisis estadístico del informe, cuadros y gráficas, análisis, interpretación, comprobación de la hipótesis, tópicos de reflexión, conclusiones, sugerencias, bibliografía y anexos.

Introducción, en este apartado se proporciona una información general del contenido de la investigación.

El resumen aborda la forma en que se recolectó la información necesaria para fundamentar la información estableciendo la relación entre el planteamiento del problema, y marco teórico, el tipo de investigación y las hipótesis referentes a los obstáculos encontrados durante el desarrollo del contenido.

Justificación, en este apartado se exponen las razones que fundamentan la realización de la investigación donde se explican la magnitud del problema, trascendencia, y vulnerabilidad y como contribuir a la investigación y la factibilidad para realizarla .

Los objetivos se expresan con claridad. Lo que pretendemos investigar.

Planteamiento del problema, se plantea en forma de exposición y tiene relación con dos o más variables y es susceptible a verificación empírica.

El marco teórico se realizó fundamentándolo a través de consultas bibliográficas efectuando una pequeña introducción sobre la participación de enfermería en el control prenatal e identificación de factores que originan el incremento de cesáreas.

La Metodología del trabajo será de acuerdo a las variables y el tipo de investigación ya establecidos dentro del protocolo.

Análisis estadístico, precisa el instrumento de medición necesario para obtener las observaciones y medición de las variables que son de interés para nuestro estudio, indica la manera como se habrán de codificar los datos que fueron considerados y especifica la metodología utilizada durante el proceso de la

conformación del trabajo.

Cuadros y gráficas, se utilizaron como métodos de recolección de datos obtenidos de la investigación, cuestionarios y entrevistas.

Análisis e interpretación, se representa la descripción estadística de los cuadros relacionados con la hipótesis para confirmar o rechazar la propuesta.

Comprobación de la hipótesis, en este apartado se realiza una integración de las referencias bibliográficas con los resultados obtenidos determinando los factores las variables originales para interpretarlas de acuerdo a estas, explicando el fenómeno en función de cada una de ellas.

Tópico de reflexión, se refiere a la reflexión que nos lleva a la investigación.

Las conclusiones, consisten en comunicar los resultados, definiéndolos con claridad y tomando en consideración las características de los lectores, se analizan las implicaciones de la investigación y se compara con los objetivos programados para este estudio.

Sugerencias, se dan algunas sugerencias que se consideran necesarias y factibles para la posterioridad, proporcionando recomendaciones para futuras investigaciones.

En la bibliografía se mencionan las referencias bibliográficas consultadas durante el desarrollo de la investigación.

Anexos, se integran elementos utilizados como apoyo para la mejor comprensión del contenido del trabajo, así como un pequeño glosario de termino.

RESUMEN

El tipo de investigación realizada es de carácter retrospectivo, prospectivo, descriptivo, longitudinal en la investigación se consideraron como variables, la participación de enfermería en el control prenatal e identificación de factores de riesgo absolutos y relativos de la indicación cesárea tomando como referencia los servicios de urgencias obstétricas, control prenatal, tococirugía y maternidad del Hospital General "Dr. Miguel Silva" de Morelia, Mich.

Para llevar a cabo la estructuración del trabajo se mencionan algunas de las acciones que se consideran necesarias como medidas de prevención resaltando la participación de enfermería en el control prenatal e identificación de factores de riesgo que originan el incremento de cesárea por lo que fue preciso fundamentar con el marco teórico una investigación bibliográfica.

La investigación se llevó a cabo en el mes de julio y agosto del presente año de lunes a sábado de las 8:00 a las 16:00 hrs. en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

La evaluación se realizó mediante la aplicación de la metodología de la investigación científica por medio de investigación documental y de campo, el universo de trabajo fueron 50 pacientes, 150 consultas a expedientes de pacientes post-operadas de cesáreas.

Los instrumentos seleccionados para la obtención de la información fueron la entrevista y el cuestionario.

La información se realizará por el método estadístico, se presentará en forma de cuadros y gráficas; y los resultados serán presentado como conclusiones, esperando con ello que cada día a las mujeres en edad

reproductiva, con factores de riesgo obstétrico se les oriente, informe y conscientice sobre la importancia de llevar a cabo un control prenatal durante su embarazo y poder tener un parto sin complicaciones.

Considerando que el parto es un proceso normal, natural y saludable más que un procedimiento médico quirúrgico y la mujer tiene derecho a dar a luz libre de intervenciones médicas de rutina.

Al realizar la confrontación de la hipótesis general textualmente dice la falta de control prenatal predispone el incremento de cesáreas.

Si existe relación en la participación de la enfermera licenciada en obstetricia en la identificación de los factores, de riesgo relativos de la operación cesárea participando en el manejo preventivo, podemos deducir que de acuerdo a las respuestas obtenidas en el cuestionario y en los expedientes, nos confirma que la falta de control prenatal si predispone el incremento de cesáreas.

De acuerdo a los cuestionarios aplicados y respuestas obtenidas al personal de enfermería, se confirmó que no hay participación en el control prenatal e identificación de factores de riesgo relativos de la operación cesárea, debido a que las enfermeras licenciadas en obstetricia se encuentran ubicadas en otras áreas no relacionadas con obstetricia.

JUSTIFICACION

Consideramos necesario realizar el presente protocolo de investigación para determinar los beneficios que aportaría la participación de enfermería en el control prenatal e identificación de indicadores que originan el incremento de cesáreas en el Hospital General "Dr. Miguel Silva" de Morelia, Michoacán.

Actualmente el servicio de Obstetricia atiende un promedio de 295 a 360 partos normales y de 144 a 165 cesáreas mensuales, dicho indicador supera el 30% y de acuerdo a la norma oficial mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. En la Secretaría de Salud se recomienda el 15% de los hospitales de segundo nivel y el 20% en los del tercer nivel.

Con los resultados que se esperan se podría justificar la realización de acciones que promuevan el control prenatal a toda mujer en edad productiva que acuda a consulta.

Desde el punto de vista institucional, es importante conocer la problemática existente pero no basta conocer los múltiples factores que desencadenan la cesárea sino que deben aplicarse acciones encaminadas a la detección oportuna de indicadores relativos para disminuir el incremento de cirugías obstétricas.

El personal de Enfermería se encuentra íntimamente ligado con lo que acontece a su alrededor, por lo tanto, puede lograr un cambio conductual en el autocuidado de la embarazada.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la participación de enfermería en el control prenatal e identificación de factores que originan el incremento de cesáreas en el Hospital General "Dr. Miguel Silva" de Morelia, Michoacán.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar el control prenatal y su relación con la indicación cesárea.**
- Identificar la frecuencia de la cesárea en al indicación relativa.**
- Determinar la participación de la enfermera en el manejo preventivo de la área obstétrica.**

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La delineación de la naturaleza y alcance de la práctica de enfermería se afecta por la organización y financiación de la atención de salud, el desarrollo de nuevos conocimientos y la aplicación de nuevas tecnologías resultado de las investigaciones. La toma de conciencia de individuos y comunidades en el uso de medidas preventivas y ambientales, su participación de la planeación e implementación de políticas sociales permite que esta se involucre como profesión específica y reconocida en el área de la salud. Enfermería se ha descrito en la literatura en su aspecto sociológico y en su naturaleza científica humanística y clínica; ciertamente toda profesión en su deseo de caracterizarse, distinguirse; identifica los aspectos esenciales de su práctica.

En nuestra opinión, para enfermería esta se identifica con cuidar, en contraste con el médico que intervienen en curar, pero ambos reflejan el arte y la ciencia del diagnóstico, así como el tratamiento de las respuestas humanas reales o potenciales de los problemas de salud.

Por lo anterior consideramos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la participación de enfermería en el control prenatal e identificación de factores de riesgo que originan el incremento de cesáreas en el Hospital General "Dr. Miguel Silva" de Morelia, Michoacán?.

Considerando que el parto es un proceso normal natural y saludable más que un procedimiento médico quirúrgico y que la mujer tiene derecho a dar a luz libre de intervenciones médicas de rutina.

Como las que menciona la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del R.N. de la Secretaría de Salud, 1995.

- No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de membranas con el solo motivo de afrontar el parto. El solo motivo de afrontar el parto. Estos procedimientos deben tener justificación por escrito.

- También menciona que toda unidad médica de atención de obstetricia debe contar con un lineamiento para la indicación cesárea, cuyo Índice idealmente se recomienda del 15% en los hospitales de segundo nivel y el 20% de los de tercer nivel en relación con el total de nacimientos por lo que las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores.

II. MARCO TEORICO

La salud perinatal es uno de los componentes fundamentales del programa de salud reproductiva cuya misión es la de garantizar una maternidad saludable, en el tiempo apropiado y sin riesgos a todas las mujeres mexicanas. El embarazo requiere de control prenatal de calidad y autocuidado de la salud para hacer de esta etapa del ciclo reproductivo una experiencia gozosa, de esta manera la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades preventivas y de eliminación de algunas prácticas que son llevadas a cabo en forma rutinaria, como la anestesia utilizada indiscriminadamente en la atención del parto normal.

Otra de las rutinas es la inducción del mismo con oxitocina, o la ruptura artificial de las membranas amnióticas, por lo que este procedimiento ha tenido que ser revalorado en vista de que no aportan beneficios y si contribuyen al incremento de cesárea.¹ También existe la indicación iterativa cuando hay dos o más cesáreas anteriores o cicatrices de intervenciones sobre el músculo uterino (miomectomías) o bien cuando hay una sola cesárea anterior pero persiste la causa que lo provocó, cuando hay signos de desproporción cefalopélvica evidente, haya o no antecedentes de cesárea, otra de las causas electivas de cesárea es para determinar el beneficio materno como neoplasias, toxemia grave o isoimmunización fetal, diabetes y cuando las condiciones locales para la inducción son muy desfavorables.²

¹ NORMA OFICIAL MEXICANA para la Atención de la Mujer, embarazo, parto y puerperio. S.S., 1995. p

² GRAVE BRABER. Complicaciones quirúrgicas durante el embarazo. Edit. Panamericana. México, 1978. pág. 706.

Entre las indicaciones electivas también se encuentra en fetos con sufrimiento fetal anteparto con prueba de tolerancia a las contracciones (prueba de la oxitocina) que no pueda resistir el curso del trabajo de parto,³ es necesario en algunos casos de presentación de nalgas (historias de partos difíciles o fetos dañados, primigrávida de más de 35 años, infertilidad previa, con feto grande), otra sería para evitar el contacto del feto con la vía vaginal en la que haya alguna infección activa (virus del papiloma humano) que puede suponer un peligro grave para el feto.

También otras causas serían las urgencias para cesárea, como el desprendimiento de placenta normoinserta, con feto vivo aunque el feto este muerto, de un parto prolongado para evitar complicaciones graves a la madre⁴ en placenta previa con metorragia importante⁵ por crisis de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo⁶ en las situaciones transversas, excepto el segundo feto, en el embarazo gemelar⁷ por partos estacionarios, en las inducciones que no progresen a pesar de haberse logrado en una dinámica correcta.

En fiebre intraparto, antes de que se inicie un sufrimiento fetal a menos que pueda extraerse el feto rápidamente por vía vaginal en caso de prolapso del cordón, con feto vivo⁸ en casos de Hidrocefalia, en embarazo post-término⁹.

³ GRABE BRABER. Op. Cit pp. 706-708.

⁴ CASTELAZO Ayala Luis, Obstetricia 6ª. Edición. Edit. México, D.F., 1982. PP. 585-592.

⁵ M. PITKIN Roy. Clínicas obstétricas y ginecología. Vol. 3. Edit. Interamericana, México, D.F., 1992. P. 311.

⁶ IDEM. PP. 311-324.

⁷ NELSON Jean D. Consultor de Enfermería obstétrica MCMCXXXVII edición original. Vol. II. Edit. Océano. Pp. 192-194.

⁸ IFF LEALLE y Cols. Obstetricia y Perinatología Tomo I. Edit. Panamericana. Buenos Aires, Argentina, 1985.p. 970

⁹ CUNNINGHAM MAC DONALDO y Cols. Williams. Obstetricia 4a. edición. Edit. Salvat, México, D.F., 1990.

Cesárea

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción del feto a través de una incisión quirúrgica en la pared abdominal y del útero o bien es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción (vivo o muerto) a través de una laparotomía e incisión en la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a las 27 semanas. Antes de las 27 semanas se llama histerectomía.

La cesárea por diversas razones ha aumentado de 2 a 4 veces en los últimos 20 años indudablemente se ha reducido la mortalidad perinatal, pero no se puede olvidar que el riesgo materno en la cesáreas es tres o cuatro veces mayor que en el parto vaginal.

Clasificación

Hay 3 tipos de cesárea:

Segmentaria (realizada en el segmento inferior)

Corporal o Clásica (mediante una incisión vertical)

Mixta o segmento posterior¹⁰

Indicaciones

Se dividen en dos absolutas y relativas. Absolutas son todas aquellas indicaciones en donde no existe controversia para su realización y son:

- Interativa
- Situación fetal normal
- Sufrimiento fetal agudo

¹⁰ M. PITKIN ROY. M.d. y Cols. Op. Cit. Pp. 395-401.

- Desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta
- Retardo del crecimiento intrauterino
- Inserción bajo la placenta¹¹
- Pretérmino
- Antecedentes de corporal previa
- Virus del papiloma humano activo
- Prolapso del cordón
- Hidrocefalia
- Presentación de cara¹²

Relativas: son todas aquellas indicaciones en donde puede existir discusión para su realización y el motivo de la misma son:

- Desproporción cefalopélvica
- Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo
- Ruptura prematura de membranas
- Baja reserva fetal
- Embarazo múltiple
- Distocia dinámica
- Postérmino
- Nulipara añosa
- Esoinmunización
- Diabetes mellitus
- Compromiso de histerografía
- Antecedentes de desiduo miometritis
- Antecedentes de miomectomía
- Oligohidramnios
- Meomatosis uterina
- Cirugía vaginal previa
- Metroplastía¹³

¹¹ M. CARRERA Macía José y Cols. Tratado y altas operatorias obstétricas. Vol. III. Edit. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1978. pp. 378-416.

¹² IMPER. Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología, México, D.F., 1998, PP.211.

¹³ IDEM. PP.211.

INDICACIONES DE LA CESAREA SEGMENTARIA

CAUSAS MATERNAS

INFECCIONES:

- UTERO. Amnionitis y Corioamnionitis
- CERVIZ: Virus herpético
- VAGINA: Proceso infeccioso o infestaciones severas
- VULVULA Y VESTÍBULO: Virus herpético, bartholinitis aguda o crónica severas.

NEOPLASIAS(CA)

- CERVIX: Del estadio uno en adelante
- VAGINA: Cualquier estadio
- VULVA Y ANEXOS: Cualquier estadio

HEMORRAGIA:

- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.¹⁴

PADECIMIENTOS GENERALES

- Toxemia
- Nefropatías
- Diabetes
- Cardiopatías
- Problemas broncopulmonares.¹⁵

¹⁴ RUBIO, Severiano Antología Obstetrica I. Edit. El Centro de Tecnología Electrónica e Informática. México, D.F., 1996. Pp. 614,615.

¹⁵ IDEM. Pp. 712-714

INDICACIONES DE LA CESAREA SEGMENTARIA CAUSAS MATERNAS

DISTOCIA OSEA:

- Estrechez pélvica y síndrome de desproporción feto-pélvica
- Pélvis asimétrica o deformada
- Tumores óseos de la pelvis

DISTOCIA DE PARTES BLANDAS:

- Malformaciones congénitas
- Tumores que obstruyen el trabajo de parto
- En cuerpo y segmento (miomas)
- En cerviz (miomas, pólipos, papilomas, condilomas o neoplasias)
- En vulva y vestíbulo (condilomatosis, várices, tumoraciones a ese nivel, hemoangiomas y neoplasias en general, herpes genital)

OPERACIONES PREVIAS:

- Metroplastías
- Miomectomías
- Perforaciones
- Plastías uterotubarias (Neoimplantaciones)

OPERACIONES PREVIAS DE CERVIX:

- Traqueoplastías
- Algunos casos de circlaje para tratamiento de la incompetencia istmocervical

OPERACIONES PREVIAS EN EL CONDUCTO DEL PARTO:

- **Plastías**
- **Corrección de transtornos de estática pelvigenital**
- **Corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo, fistulectomías¹⁶**

OPERACIONES EN VULVA Y VESTÍBULO:

- **Plastías para corregir defectos físicos o secuelas de traumatismos o quemaduras¹⁷**

OTRAS CAUSAS

- **Primigesta mayor de 35 años**
- **Primigesta menor de 15 años**
- **Traumatismo pélvicos y miembros inferiores (secuelas deformantes)**
- **Cicatrices uterinas**
- **Cesárea previa reciente menor de un año**
- **Infección postoperatoria como desiduiometritis en la cesárea anterior¹⁸**

CESAREA ITERATIVA

Después de dos o más cesáreas previas.¹⁹

¹⁶ RUBIO, Severiano.. Op. Cit. Pp. 715-720

¹⁷ INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA. México, D.F. 1986. PP. 291-300.

¹⁸ STUART Taylor Dr. Obstetricia de Beck 10a. Ed. Edit. Interamericana, S.A. DE C.V. Pp. 456-459.

¹⁹ M. CAPLAN M.D. Ronald. Fundamentos de Obstetricia 1ª. Ed. Edit. Limusa, S.A. de C.V. México, D.F.M 1987. PP. 383-385

INDICACIONES DE LA CESAREA SEGMENTARIA CAUSAS FETALES

- **Macrosomía fetal y síndrome de desproporción fetopélvica**
- **Anomalías de situación, presentación, actitud y variedades de posición del producto**
- **Procúbito y prolapso del cordón**
- **Baja reserva fetal con sufrimiento compensado**
- **Sufrimiento fetal crónico, crónico agudizado o agudo**
- **Brevidades reales o aparentes de cordón umbilical**
- **Circulares de cordón**
- **Muerte habitual del feto en útero**
- **Malformaciones fetales incompatibles con el parto**
- **Isoinmunización**
- **Toxemia**
- **Diabetes**
- **Embarazo prolongado²⁰**
- **Cesárea postmortem**

CAUSAS MIXTAS

- **Síndrome de desproporción fetopélvica**
- **Sospecha o evidencia de dehiscencia en cicatriz de cesárea previa**
- **Toxemia**
- **Diabetes**
- **Embarazo múltiple**
- **Infección amniótica²¹**

²⁰ STWART TAYLOR Dr. Op. Cit. pp. 456-459.

²¹ IDEM Pp. 472-478.

EXAMEN DE LABORATORIO Y GABINETE

- Biometría hemática completa
- Química sanguínea
- E.G.O.
- Grupo sanguíneo R.H.
- Pruebas de tendencia hemorrágica inherentes que determinó la cirugía²²

VENTAJAS DE LA CESAREA SEGMENTARIA

- La incisión cutánea baja queda oculta por el bello pubiano
- La pérdida de sangre es mínima
- Se reduce el riesgo de que se rompa la cicatriz uterina durante los embarazos subsecuentes
- Hay menos distensión abdominal en el post operatorio
- Disminuye la posibilidad de debilitamiento y rotura de la cicatriz del útero, porque el tejido que está en el segmento anterior del útero es menos contráctil que el cuerpo de este órgano²³

DESVENTAJAS DE LA CESAREA SEGMENTARIA

- El procedimiento requiere mayor tiempo
- No es útil en caso de urgencia, porque las características anatómicas de la región limitan la ampliación de la herida quirúrgica y el espacio en el que se puede trabajar es relativamente limitado²⁴

²² MONDRAGÓN Castro Héctor, Obstetricia básica ilustrada. 4a. edición. Edit. Trillas. México, 1991.

²³ IDEM. Pp. 379-397

²⁴ IDEM. Pp. 398-399.

VENTAJAS DE LA CESAREA CLÁSICA

- Es de más fácil acceso al feto que se encuentra en situación transversa
- Mejor acceso cuando existen adherencias abdominales por cirugía previa
- Nacimiento rápido cuando esta en peligro la salud de la madre
- Puede usarse cuando el parto vaginal plantea riesgos fetales o maternos²⁵

DESVENTAJAS DE LA CESAREA CLÁSICA

- Se pierde más sangre, por el corte de vasos miometrales de gran calibre
- La musculatura uterina queda debilitada por la incisión en la línea media
- Aumenta el riesgo de rotura uterina en embarazos subsecuentes
- Es una operación abdominal mayor²⁶
- Es más alta la tasa de morbi-mortalidad materna que en el caso de parto vaginal
- No ocurren complicaciones quirúrgicas como hemorragia y lesiones de los órganos pélvicos o abdominales
- El riesgo de infecciones es mayor

COMPLICACIONES DE LA CESAREA SEGMENTARIA

Pueden ser maternas y fetales

PRONOSTICO:

Esta relacionado con la patología que le dio origen y con las complicaciones operatorias²⁷

²⁵ MONDRAGÓN Castro Héctor. Op. Cit. 379-397

²⁶ IDEM. Pp. 398-399

²⁷ DARFORTH, Daniel. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 4a. edición, S.A. DE C.V. México, D.F., 1987. Pp.852-857.

COMPLICACIONES DE LA CESAREA CORPORAL O CLÁSICA

La hemorragia y las infecciones son las principales complicaciones de esta técnica quirúrgica y se deben a la mayor vascularización existente en miometrio en relación al segmento²⁸

El futuro obstétrico en estas intervenciones es sobrio y un complemento de la intervención es llevar a cabo la salpingoclasia²⁹

COMPLICACIONES DE LA CESAREA SEGMENTO CORPORAL

La mayor complicación son los desgarros y secundaria a ellos, la hemorragia masiva y las infecciones secundarias³⁰

PRONOSTICO

- Malo para el futuro obstétrico de la paciente por las dehiscencias que pueden ocurrir en un embarazo subsecuente³¹

TECNICA DE LA OPERACIÓN CESAREA (PUNTOS RELEVANTES)

- Incisión media infraumbilical. El tipo de incisión Pfannenstiel debe reservarse en casos de primera cesárea, con poca posibilidad de que sea repetida o que se realice posteriormente
- Es conveniente el aislamiento de la cavidad abdominal con compres única húmeda

²⁸ DARFORTH, Daniel. Op. Cit. pp. 856-859.

²⁹ IDEM. PP. 890-892

³⁰ IDEM. PP. 893-895

³¹ IDEM. PP. 896-898

- El peritoneo visceral segmentario, se incide en una línea curva de concavidad superior, procurando la disección roma del peritoneo segmentario, con rechazamiento y descenso de la vejiga.
- Incisión semilunar y cóncava superior del músculo uterino hasta obtener la amplitud necesaria respetando los paquetes vasculares laterales
- Ruptura o corte del saco amniótico, con extracción cuidadosa del feto. Aspiración de la boca y de la nasofaringe. Pinzamiento y sección del cordón umbilical
- Identificación de ambos labios de la incisión del segmento y toma de ambos ángulos con pinzas de anillos
- Extracción de la placenta, revisión y limpieza de la cavidad uterina y permeabilidad del cuello cuando sea necesario
- Sutura cuidadosa de ambos (ángulos de la incisión y súrgete continuo, con catgut crómico atraumático en la capa profunda de la incisión del segmento uterino, desde un ángulo hasta el otro.
- Segundo plano de sutura invaginante con catgut crómico atraumático, de la porción superficial de la capa muscular de la incisión uterina de un ángulo al opuesto.
- Súrgete continuo con catgut crómico atraumático al peritoneo visceral
- Revisión y aseo de la cavidad pélvico abdominal. Extracción de compresas de aislamiento, cierre por planos de la pared abdominal.³²

SEGMENTARIO TIPO BECK

- Identificación de ambos labios laterales del corte en el segmento uterino, para la sutura, es preferible utilizar puntos separados en ambas capas sobre todo si el corte superior interesó la porción más inferior del músculo del cuerpo
- Sutura el peritoneo visceral con súrgete continuo

³² DARFORTH, Daniel. Op. cit. pp. 899-902.

- Cesárea previa, la cesárea previa no constituye por sí sola la indicación de una nueva operación
- En toda paciente con cesárea previa deben investigar cuidadosamente los antecedentes de la operación: indicación, puerperio séptico, tipo de cesárea, lugar de ejecución, etc. Cuando no persiste la misma causa, en ausencia de desproporción cefalopélvica y sin contraindicaciones debe permitirse el desarrollo de trabajo de parto
- Operación cesárea iterativa. La programación de realizarse teniendo en cuenta la certificación que el embarazo es de término y que la madurez fetal se ha corroborado por estudios de gabinete y de laboratorio.
- Debe exceptuarse de estos conceptos cuando se establezca la interrupción del embarazo de carácter imperiosa (trabajo de parto o complicación materno fetal)
- Es deseable que la operación se programe con anticipación a la instalación del trabajo de parto y para no caer en la categoría de "operación de urgencia" y donde se pueden presentar complicaciones previsibles (regurgitación de alimento, broncoaspiración, dehiscencia de cicatriz, etc.)
- Es además conveniente contar con la evaluación ultrasónica de la inserción placentaria y de las condiciones de la cicatriz uterina para tener opción de modificar la programación y técnica quirúrgica³³

CUIDADOS PREOPERATORIOS

- Instrucción preoperatoria a la pareja
- Provisión de asistencia emocional orientada a la familia
- Preparación preoperatoria de la paciente

1.- Rasurar la región abdominal empezando justo por debajo de las mamas e incluyendo la región púbica

³³ ALADJEM. M.D. Silvio, Riesgos en la Práctica de la Obstetricia. Ed. Original. Edit. Salvat. Editores, S.A. Barcelona, España, 1978. Pp. 532-543.

- 2.- Colocar una sonda urinaria permanente para el drenaje por gravedad, con objeto de prevenir la distensión vesical durante el parto
- 3.- Solicitar exámenes preoperatorios de laboratorio, entre ellos: citología hemática completa, electrolitos, pruebas de coagulación, tipo de sangre y pruebas cruzadas (se requiere cuando se ordenan unidades para restitución de sangre).
- 4.- Instaurar un catéter intravenoso o valor de la permeabilidad del ya existente, a fin de asegurar una vía abierta para la administración de medicamentos, líquidos y sangre. La aguja debe ser de suficiente calibre para la administración de sangre (calibre 18 o mayor)
- 5.- Quizá se ordenen antibióticos en caso de rotura prematura de membranas y posible infección
- 6.- La mujer debe permanecer en ayuno
- 7.- Ayudar al padre o a la persona que proporciona apoyo a la parturienta en los preparativos necesarios para que pueda desempeñar bien su papel. Brindar una adecuada información sobre los preparativos y el estado del paciente
- 8.- Asegurarse que la identificación de la paciente sea correcta, preparar la identificación del neonato antes de la operación, fijándola a la parte frontal del expediente de la madre
- 9.- Si conviene, administrar un antiácido 15 minutos antes de la inducción de la anestesia (en caso de aspiración durante este procedimiento, el antiácido neutralizará el contenido gástrico, lo que ayudará a prevenir la neumonitis por aspiración)
- 10.- Ayudar al anestesiólogo a administrar la anestesia
 - Limpiar con solución antiséptica el campo quirúrgico
 - Notificar a los otros miembros del equipo que el parto es inminente: pediatría, personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos y personal de anestesiología. Avisar al banco de sangre cuando se requiera transfusión³⁴

³⁴ ENCICLOPEDIA DE ENFERMERIA VOL. 5. Materno Infantil. Edit. Océano/Centrum. Pp. 839-840. Barcelona, España, 1977.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS

- **Verificar los signos vitales cada 5 minutos hasta que se estabilicen y a continuación cada 15 durante una hora, o con mayor frecuencia si se considera necesario**
- **Revisar el fondo uterino y su grado de involución cada 15 minutos durante una hora, o con mayor frecuencia si se considera necesario**
- **Dar masaje al fondo uterino con mayor suavidad. Vigilar el apósito vulvar para calcular la magnitud del sangrado transvaginal**
- **Efectuar aspiración de boca y garganta**
- **Colocar a la paciente en decúbito lateral, para fomentar el drenaje de moco**
- **Ayudar a la paciente a toser cada dos horas durante 24 horas. Sujetar la incisión mientras la paciente tose**
- **Verificar los valores del hematocrito y la hemoglobina cada ocho horas después del parto y el primer día del postoperatorio**
- **Interpretar los datos de laboratorio y la hemoglobina cada ocho horas después del parto y el primer día del postoperatorio**
- **Interpretar los datos de laboratorio en relación a: Hgb < 10,5 g, Het < 30% valorar la presencia de síntomas como mareo, aturdimiento y desmayo**
- **Verificar la sonda vesical cuando así se ordene**
- **Verificar la capacidad de la paciente para orinar y la diuresis**
- **Ayudar a la paciente en su aseo personal**
- **Verificar la presencia de síntomas como ardor al orinar, micción frecuente o necesidad urgente de orinar. Si procede, obtener de la solución intravenosa según se ordene**
- **Administrar medicamentos (oxitócicos, antibióticos) según lo indicado**
- **Valorar la presencia de tumefacción, enrojecimiento, dolor en el sitio de la venipuntura. Si existen, retirar la aguja y colocarla en otra vena**
- **Ofrecer trocitos de hielo cuando se ordene. Pasar progresivamente de los líquidos por vía oral hasta llegar a la dieta ordinaria**

- o Retirar el equipo intravenoso cuando se ordena, por lo general en las primeras 24 a 48 horas postoperatorio
- o Administrar los analgésicos indicados
- o Proporcionar otras medidas de bienestar, como calor, postura, fijación de la herida quirúrgica para aliviar el dolor producido por esta
- o Valorar los signos vitales antes de administrar analgésicos
- o Confirmar que el fármaco que se va a administrar no esté contraindicado para madres que amamantarán
- o Administrar los antieméticos, ordenar según se requiera previa verificación de los signos vitales
- o Revisar la herida quirúrgica en busca de inflamación, rubor, secreción o calor.
- o Marcar la mancha de secreción en el apósito y anotarla con la fecha y la hora cada 4 horas durante el primer día del postoperatorio
- o Avisar al médico y ayudarlo a obtener muestras para cultivo de la secreción de la herida si hay infección ³⁵
- o Administrar los antibióticos
- o Animar la deambulación progresiva a partir de las primeras 24 horas del postoperatorio. Explicar a la enferma la justificación y la importancia de la pronta deambulación. Ofrecer analgésicos a la paciente antes de que camine y permanecer con ella
- o Administrar los ablandadores de heces que se hayan ordenado y estimular la ingestión de líquidos
- o Animar una pronta interacción familiar
- o Proporcionar a los padres información oportuna sobre su hijo
- o Dar instrucciones sobre la asistencia al lactante y la autoasistencia
- o Fomentar la discusión de los sentimientos de la madre sobre la cesárea y sobre la autoimagen ³⁶

³⁵ ENCICLOPEDIA DE ENFERMERIA. Op. Cit- 839-840.

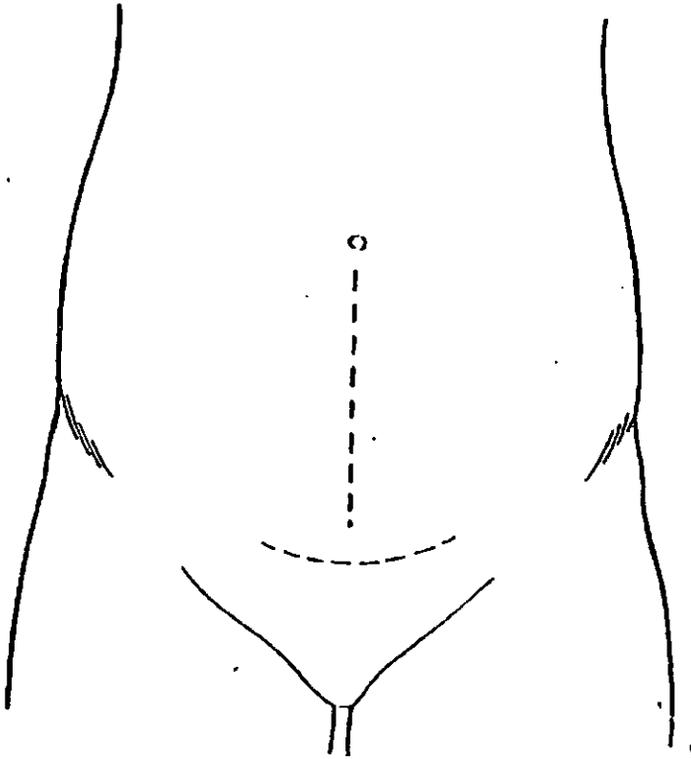
³⁶ NECKSON, Jean, D. Consultores de Enfermería Obstétrica. Vol. I. Edit. Océano. Pp. 306-309.

TIPOS DE INCISIONES ABDOMINALES PARA LAS CESAREAS

1.- INCISIÓN MEDIA INTRAUMBILICAL

2.- INCISIÓN TRANSVERSAL BAJA, TIPO PFANNESTIEL

T É C N I C A S



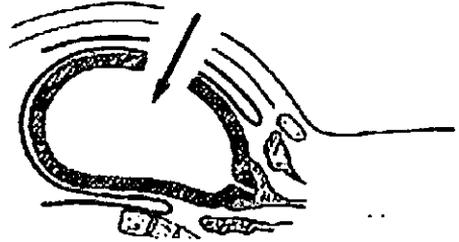
**NIÑA LINA MEDINA DEL PERU
LA MADRE MAS JOVEN CONOCIDA QUIEN A LOS CINCO AÑOS Y SEIS
MESES DE EDAD SUFRIO UNA OPERACIÓN CESAREA.**



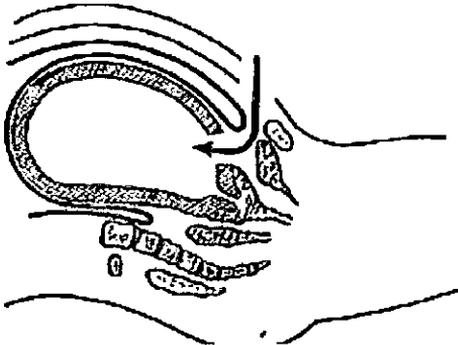
VIAS DE ACCESO AL UTERO



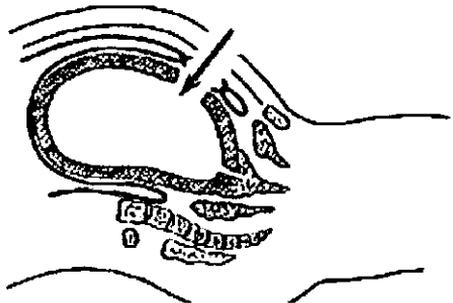
**CESAREA SEGMENTARIA
TRANSPERITONEAL**



**CESAREA CORPORAL
TRANSPERITONEAL**

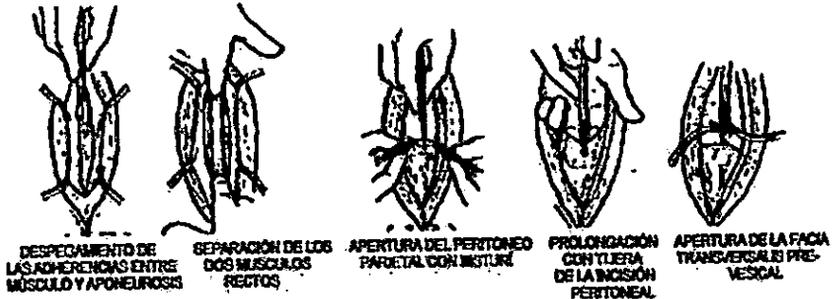
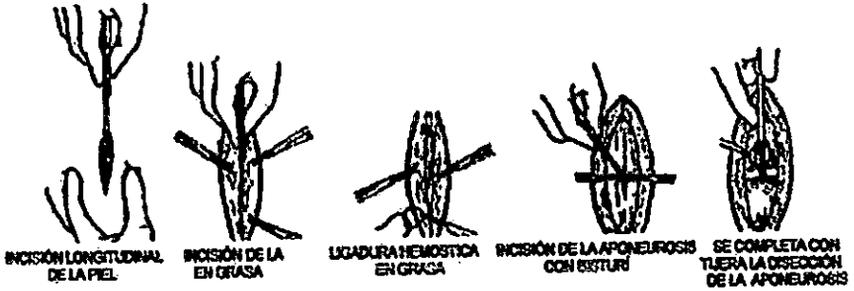


**CESAREA EXTRAPERITONEAL
ANATOMICA**

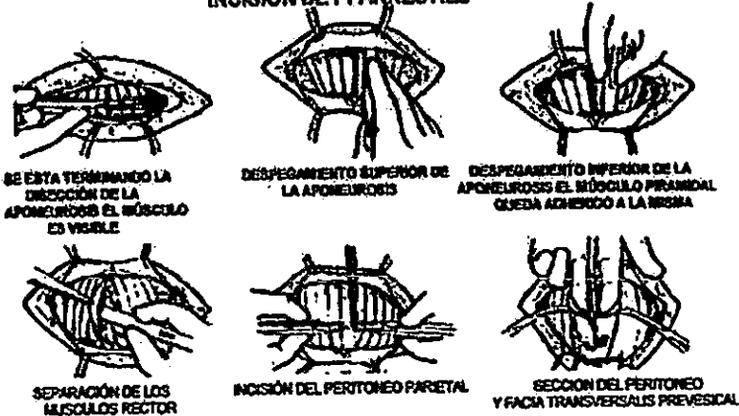


**CESAREA EXTRAPERITONEAL
POR ORIFICIO**

INCISIÓN LONGITUDINAL



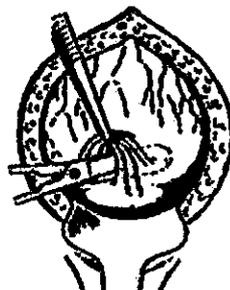
INCISIÓN DE PFANNESTIEL



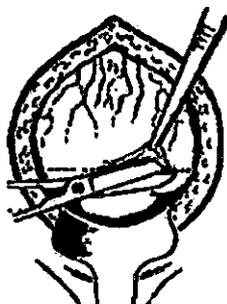
INCISIÓN DEL PERITONEO



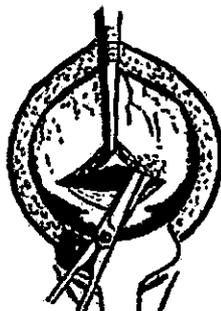
ALCANZADA LA CAVIDAD ABDOMINAL MEDIANTE UNA INCISIÓN LAPAROTÓMICA LONGITUDINAL SE COLOCA UNA VALVA SUPRAPUBICA. LA VEJIGA SE ACONCHA DISCRETAMENTE



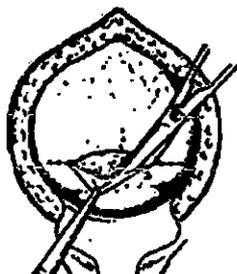
DISECCIÓN DEL PERITONEO VESICAL PREUTERINO EN SU ZONA SEGMENTARIA. LA PINZA DE DISECCIÓN LO LEVANTA CON FACILIDAD



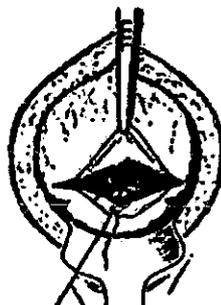
DISECCIÓN DEL PERITONEO HACIA AMBOS LADOS EN EL SENTIDO DE LA LINEA DE PUNTOS



DISECCIÓN DEL PERITONEO HACIA ARRIBA, PARA FORMAR EL COLGAJO SEROSO SUPERIOR

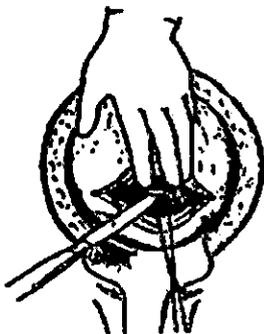


DISECCIÓN HACIA ABAJO. EN CORTA EXTENSIÓN DEL PERITONEO PARA FORMAR EL LABIO INFERIOR DE LA BRECHA SEROSA Y RECHAZAR LA VEJIGA

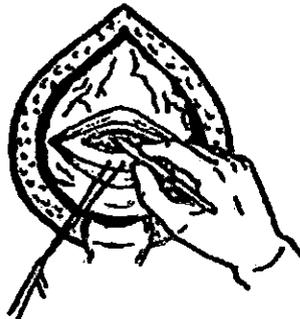


COLOCACIÓN DEL PUNTO FLUIDOR

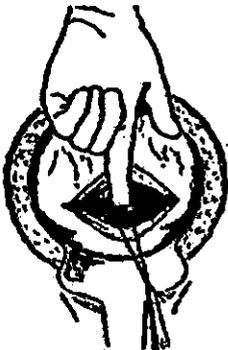
INCISIÓN UTERINA SEGÚN TÉCNICA DE FUCHS



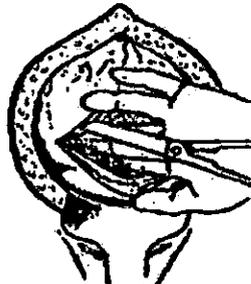
INCISIÓN DEL METRIO UTERINO. SE PRACTICA UN PEQUEÑO CUAL CON LA PUNTA DEL BISTURÍ. LA MANIOBRA RESULTA FACILITADA AL TRACCIONAR EL HIJO FRACTOR



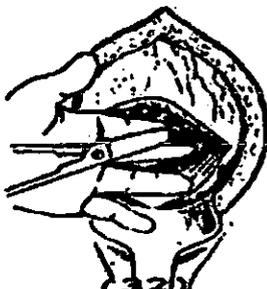
SE COMPLETA LA INCISIÓN UTERINA CON EL EXTREMO DEL MANGO DE BISTURÍ, DE ESTA FORMA EL PELIGRO DE HERRIR AL FETO ES MÍNIMO



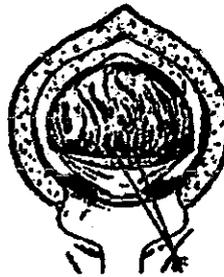
LA PRIMERA APERTURA SE ENSANCHA MEDIANTE LA INTRODUCCIÓN DEL ÍNDICE



PROLONGACIÓN CON TUECA DE LA INCISIÓN MUSCULAR A AÑO.

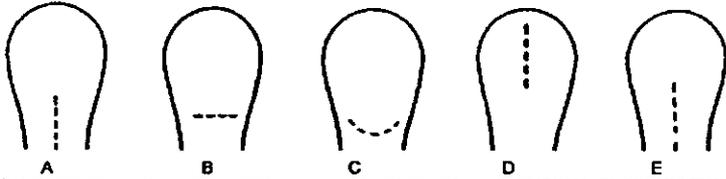


Y OTRO LADO HASTA PERMITIR EL PASO DEL FETO.

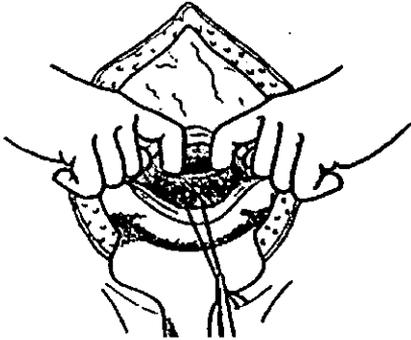


LA CABEZA FETAL APARECE EN LA BRECHA

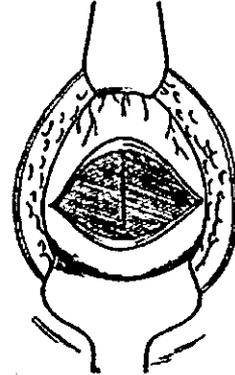
VARIANTES OPERATORIAS DE LA INCISIÓN UTERINA



NOMENCLATURA DE LAS DIFERENTES INCISIONES UTERINAS: A) SEGMENTARIA LONGITUDINAL, B) SEGMENTARIA TRANSVERSAL RECTILÍNEA, C) SEGMENTARIA TRANSVERSAL CURVLÍNEA, D) CORPORAL CLÁSICA Y E) SEGMENTARIA CORPORAL LOGITUDINAL

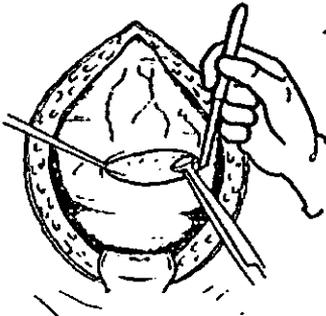
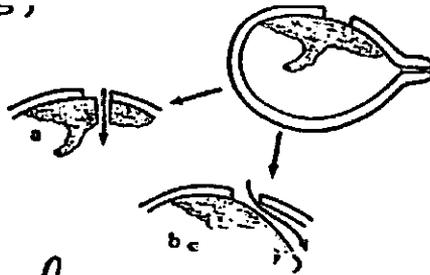


INCISIÓN SEGMENTARIA TRANSVERSAL RECTILÍNEA
AGRANDAMIENTO DIGITAL DE LA INCISION
(30)



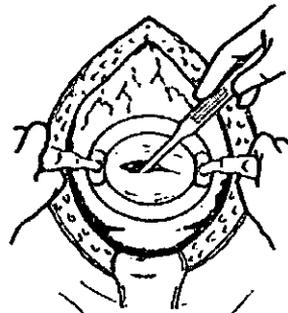
INCISIÓN SEGMENTARIA LONGITUDINAL

MANIOBRAS POSIBLES CUANDO LA INCISIÓN
COINCIDE CON LA INCISIÓN PLACENTARIA:
a) SECCION DE LA PLACENTA Y EXTRACCION
DEL FETO A TRAVES DE LA MISMA Y
b) DEPEGAR LA PLACENTA Y BUSCAR LAS
MEMBRANAS EN UN BORDE



COMPRESIÓN DE LA HERIDA UTERINA MEDIANTE LA
TRACCIÓN EJERCIDA SOBRE LA CABEZA FETAL

IDEMM. 388

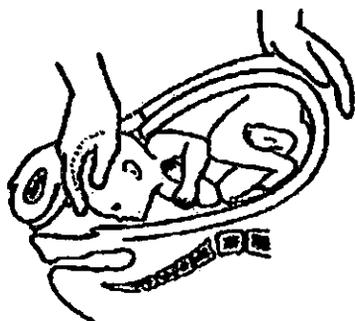


COMPRESOR DE FUCHS PARA LA CESAREA
SEGMENTARIA.

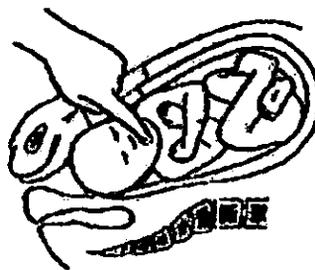
EXTRACCIÓN FETAL EN LA CESAREA



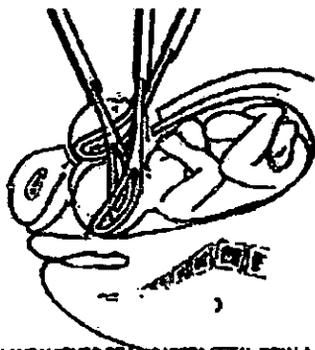
DESPRENDIMIENTO DE LA CABEZA FETAL EN LA CESAREA VALIÉNDOSE DE LA MANO COMO PALANCA



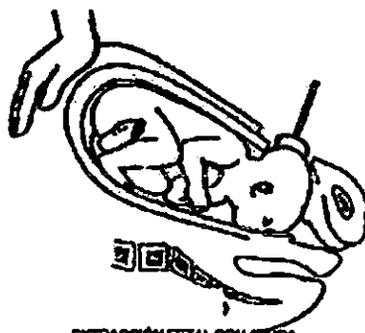
LA CABEZA FETAL, GRACIAS A SU DEFLEXIÓN Y LA PRESIÓN EJERCIDA POR LA MANO SITUADA EN EL FONDO DEL ÚTERO, VA A SER EXTERIORIZADA.



ROTACIÓN PREVIA DE LA CABEZA, MEDIANTE LA INTRODUCCIÓN DEL DEDO ÍNDEX DEL OPERADOR EN LA BOCA DEL FETO



APALANCAMIENTO DE LA CABEZA FETAL CON LA

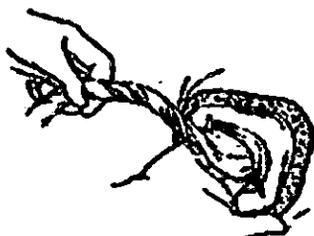
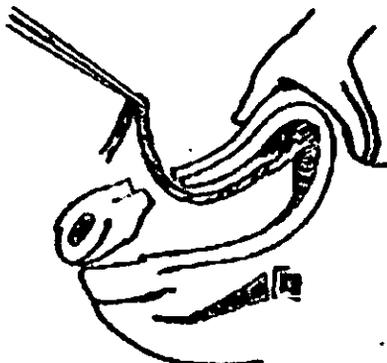


EXTRACCIÓN FETAL CON AYUDA

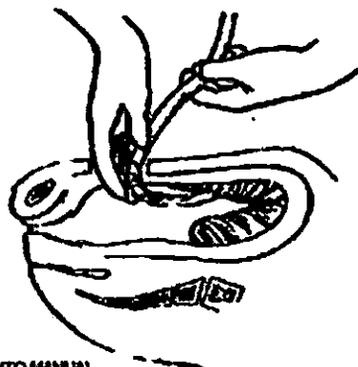
ALUMBRAMIENTO Y REVISIÓN UTERINA EN LA CESAREA



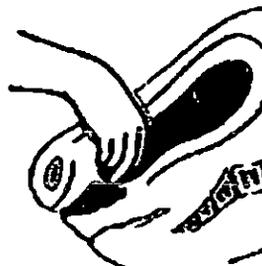
ALUMBRAMIENTO POR SIMPLE EXPRESIÓN DEL FONDO UTERINO



ALUMBRAMIENTO MANUAL

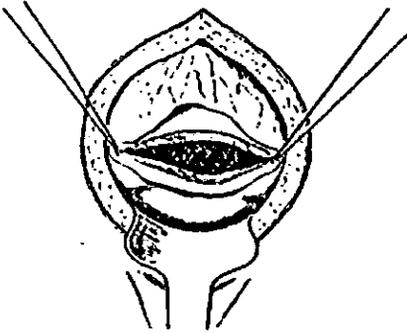


REVISIÓN UTERINA CON LA MANO ENVUELTA EN GASA

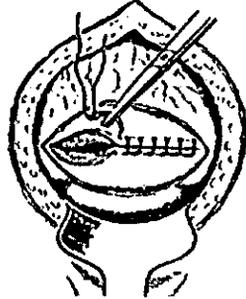


REVISIÓN DEL CANAL CERVICO SEGMENTARIO

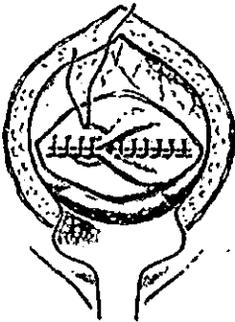
CIERRE DE LA BRECHA UTERINA



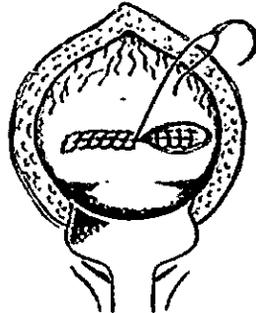
DOS PUNTOS COLOCADOS EN CADA ANGULO DE LA INCISIÓN UTERINA HACEN HEMOSTASIA Y FACILITAN EL RESTO DE LA SUTURA



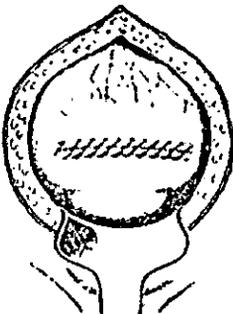
PRIMERA CAPA DE SUTURA MUSCULAR. PUNTOS SUELTOS



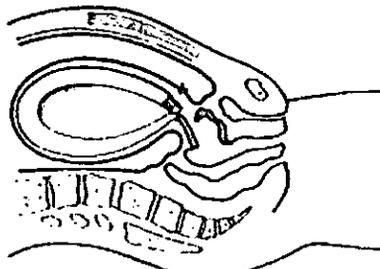
SEGUNDA CAPA DE PUNTOS INVAGINANDO LA PRIMERA



SUTURA DEL PERITONEO VISCERAL CON UNA CONTINUA

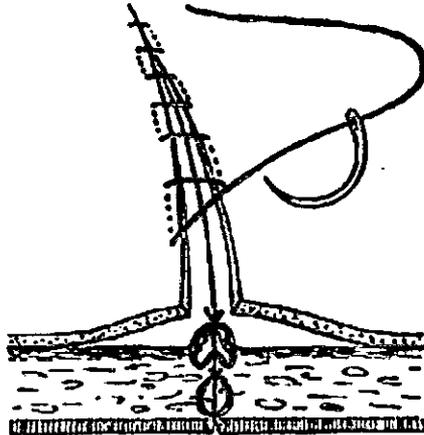


SUTURA TERMINADA. UNA VEZ LIMPIADA LA CAVIDAD ABDOMINAL, PUEDE INICIARSE EL CIERRE DE LA PARED
IDEM. 392-393

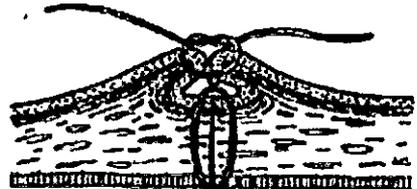


ESQUEMA DE UNA HISTEROCLEISIS POR SUTURA DEL LABIO SUPERIOR DE LA INCISIÓN MUSCULAR AL BORDE POSTERIOR DEL ANILLO CORPOCERVICAL. GRAVE ERROR QUE SE EVITA CON EL PUNTO FIADOR.

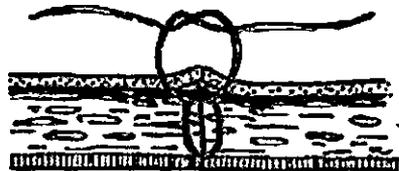
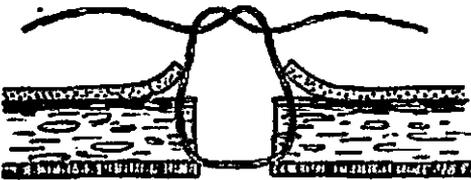
VARIANTES TÉCNICAS EN EL CIERRE UTERINO



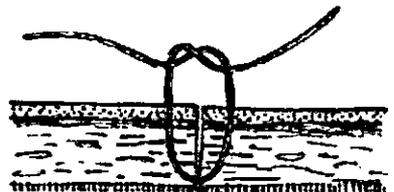
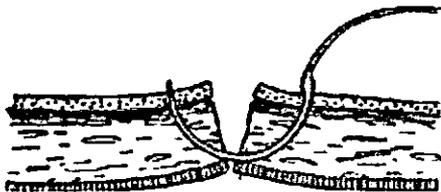
ESQUEMA DE NUESTRA TÉCNICA DE SUTURA DE LA PARED UTERINA, MEDIANTE TRES LINEAS SUCESIVAS DE SUTURAS, DOS DE LAS CUALES INTERESAN EL MIOMETRIO Y LA ÚLTIMA LA SEROSA. NO SE ENGLOBA LA MUCOSA



TECNICA CLÁSICA DE SUTURA DEL SEMENTO INFERIOR EN DOS PLANOS. OBSERSE QUE QUEDA UN TUNEL O ESPACIO MUERTO ENTRE AMBAS SUTURAS Y QUE LA PRIMERA CAPA ADEMÁS DE AL MIOMETRIO, AFECTA A LA MUCOSA

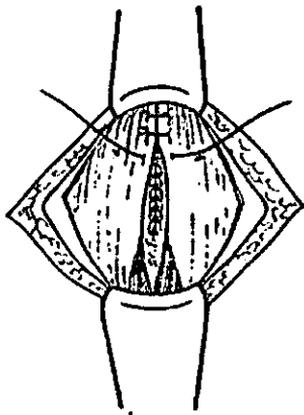


SUTURA DEL ÚTERO EN DOS LINEAS DE SUTURA. LA PRIMERA RESPETA A LA MUCOSA UTERINA PERO EN CAMBIO LA SEGUNDA ENGLOBA AL PERITONEO VISCERAL

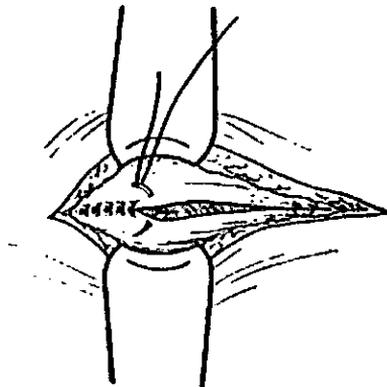


SUTURA EN UN SOLO PLANO, QUE ENGLOBA MIOMETRIO Y SEROSA, PERO QUE RESPETA LA MUCOSA

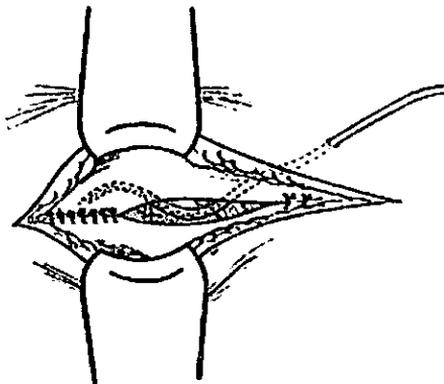
CIERRE DE LA PARED ABDOMINAL



SUTURA PERITONEAL CONTINUA O PUNTOS SUELTOS
O A PUNTOS SUELTOS Y A PUNTOS SUELTOS POCO
APRENTADOS EN MÚSCULO

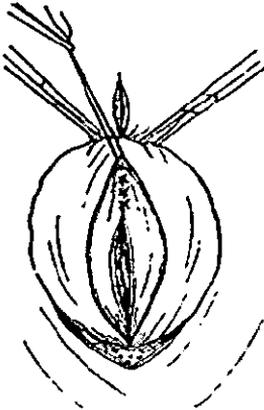


SUTURA DE LA APONEUROSIS A PUNTO SUELTOS,
PRIMERO SE SUTURAN ÁNGULOS PARA FACILITAR SU
VISUALIZACIÓN

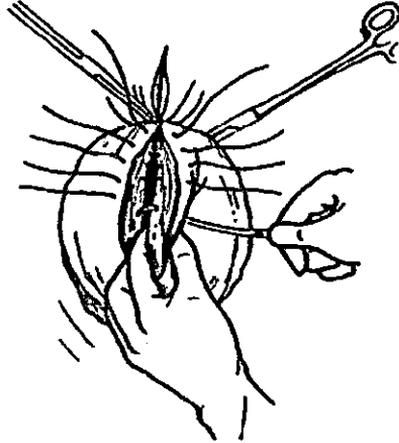


COLOCACIÓN DE UN REDON SUBAPONEUROTICO ANTES DE CONCLUIR LA SUTURA

CESAREA CLASICA

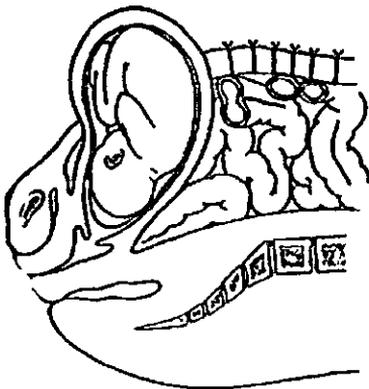


CESAREA CLÁSICA. SUTURA EN DOS PLANOS PRIMER PLANO MUSCULAR

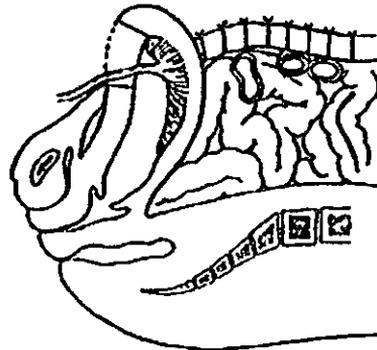


SUTURA EN UN SOLO PLANO SEROMUSCULAR. LA AGUJA PENETRA A UN CENTÍMETRO DEL BORDE DE LA INCISIÓN Y ABARCA TODO EL ESPESOR DE LA PARED SIN INTERESAR LA MUCOSA UTERINA. UNAS PINZAS DE GARFIOS, CRUZADAS POR DETRÁS DEL UTERO, IMPIDEN LA SALIDA DEL PAQUETE INTESTINAL

CESAREA DE GOTTSCHALK-PORTES

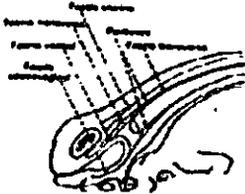


CESAREA DE GOTTSCHALK-PORTES. EXTERIORIZACIÓN DEL UTERO GRAVIDO. CIERRE DEL ABDOMEN POR DETRÁS DEL UTERO. EN ESTE MOMENTO SE PROCEDERAN A LA SESION UTERINA Y EXTRACCIÓN FETAL

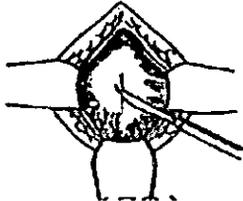


UTERO CESARIZADO, YA VACIO Y SUTURADO. SE MANTIENE EXTERIORIZADO DURANTE UNA SEMANA, AL CABO DE LAS CUALES SE REINTEGRAN A LA CAVIDAD ABDOMINAL.

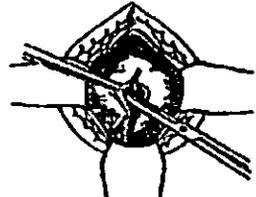
CESAREA EXTRAPERITONEAL SUPRAVESICAL TECNICA DE WATERS



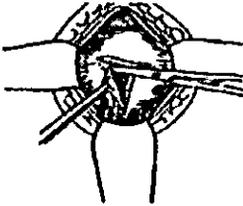
RELACIONES ANATOMICAS ENTRE LAS DIVERSAS FACIAS, EL PERITONEO Y LA VEJIGA



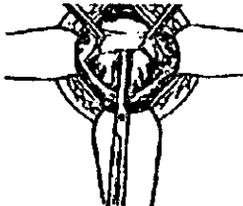
CAL DE LA T. INCISIÓN EN FORMA DE T DE LA FACIA PREVESICAL. SE ESTA EFECTUANDO LA RAMA VERTICAL



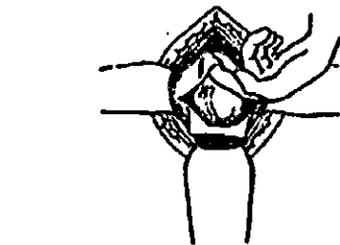
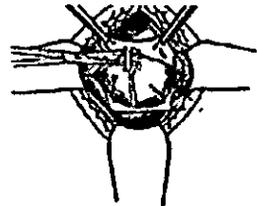
DISECCIÓN ROMA A TIJERA



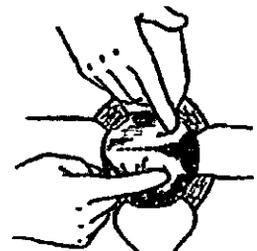
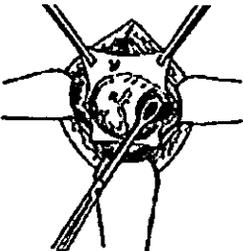
APUNTA DE TIJERA SE COMPLETA LA INCISIÓN EN SU RAMA HORIZONTAL



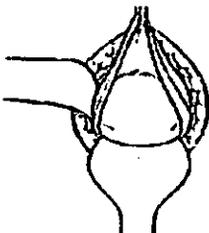
DESPEGAMIENTO SUPERIOR DE LA FACIA



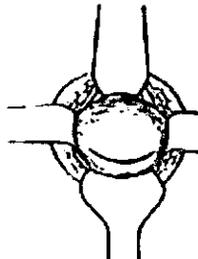
SEPARACIÓN DE LA FACIA HACIA ARRIBA MEDIANTE MANIOBRAS ROMAS, DESPEGAMIENTO DIGITAL Y CON AYUDA DE GASA MONTADA



DESPEGADA Y TOTALMENTE RECHAZADA LA FACIA PREVESICAL, SE OBSERVA ARRIBA EL FONDO DEL SACK PERITONEAL Y ABAJO LA VEJIGA. EN EL LADO IZQUIERDO EL PLEGUE DE REFLEXION PERITONEAL SE HACE ESPECIALMENTE MANIFIESTO MEDIANTE DISECCIÓN DIGITAL SE SEPARAN AMBAS ESTRUCTURAS

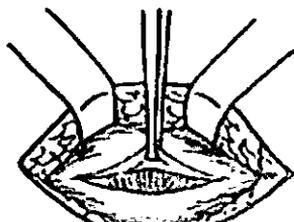


EL PLEGUE PERITONEAL VESICOUTERINO. COMPLETAMENTE LIBERADO DE LA VEJIGA, SE RECHAZAN HACIA ARRIBA, MIENTRAS AQUELLA LO ES HACIA ABAJO CON UNA VALVA.

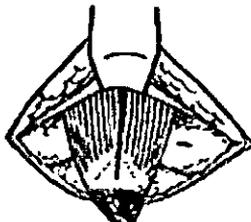


INCISIÓN SEGMENTARIA TRANSVERSAL

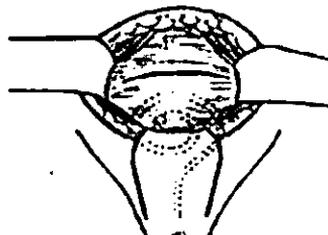
CESAREA EXTRAPERITONEAL PARAVESICAL SEGÚN TECNICA DE LATZKO-NORTON-RICCI



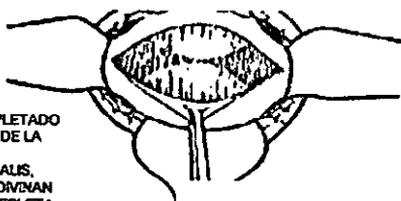
INCISIÓN DE PFANNESTIEL. LA VAINA
VERSALMENTE APONEUROTICA DE
LOS RECTOS ES ABIERTA TRANSVERSALMENTE



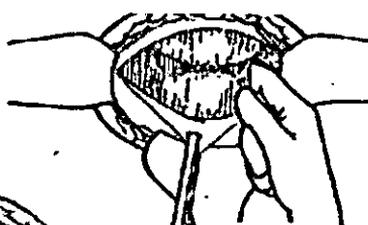
SE DESPEGAN LOS MUSCULOS PIRAMIDALES
QUE SE ABATEN HACIA ABAJO. POSTE-
RIORMENTE SE DESINTEGAN LOS
MUSCULOS RECTOS DE LA
SINFISIS SEGÚN TECNICA DE CHERNEY



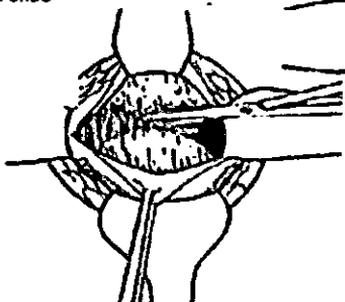
INCISIÓN HORIZONTAL DE LA FACIA
TRANSVERSALIS. EN LA LINEA DISCONTINUA
SE REPRESENTAN LA UBICACIÓN DE LA SONDA
VESICAL



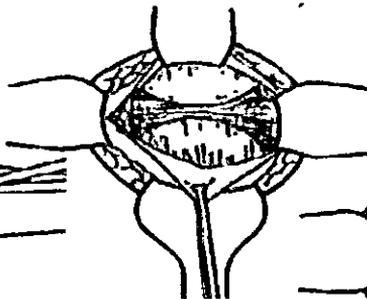
SE HA COMPLETADO
LA INCISIÓN DE LA
FACIA
TRANSVERSALIS.
ABAJO SE ADVINAN
LA VEJIGA REPLETA
Y ARRITA EL FONDO
DE SACO
PERITONEAL



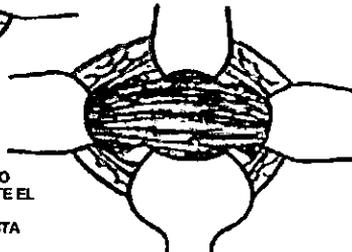
IDENTIFICACIÓN
DE LA FOSETA
PARAVESICAL
IZQUIERDA, SE
INICIA EL
DESPEGAMIENTO
O MEDIANTE LA
INTRODUCCIÓN
DE UN DEDO



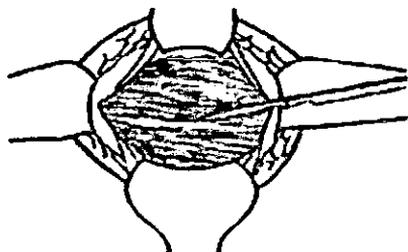
INCISIÓN MEDIANTE TUJERA DE LA FACIA VESICAL



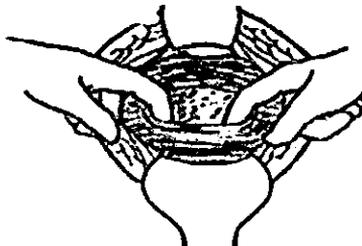
VEJIGA SEROSA HA SIDO
SEPARADA TOTALMENTE EL
SEGMENTO INFERIOR
UTERINO ESTA A LA VISTA



LA VEJIGA ES RETRAÍDA HACIA ABAJO MEDIANTE UNA VALVA
SUPRAPUBICA, Y LA SEROSA HACIA ARRIBA



INCISIÓN TRANSVERSAL DEL SEGMENTO INFERIOR
UTERINO

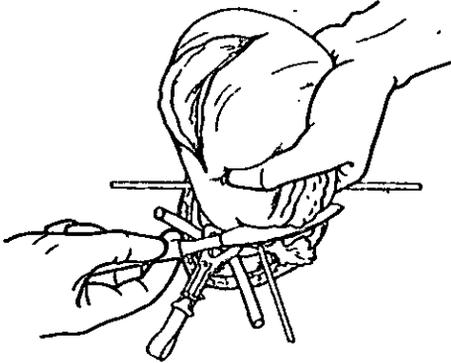


APLICACIÓN DIGITAL DE LA BRECHA UTERINA

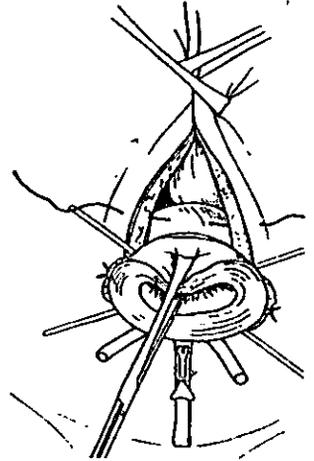
TÉCNICAS MUTILADORAS



OPERACIÓN DE PORRO UN FUERTE
NUDO DE GOMA APRIETA EL SEGMENTO
INFERIOR SEGÚN (COUVELAIRE)



SECCION DEL ÚTERO POR ENCIMA DE LA
LIGADURA ELÁSTICA. UNAS AGUJAS
FUERTES COLOCADAS CRUCIALMENTE
A TRAVÉS DE LO QUE SERÁN EL MUÑÓN
UTERINO, IMPIDEN SU POSIBLE
ESCURRIMIENTO HACIA LA CAVIDAD
ABDOMINAL



EL ÚTERO HA SIDO AMPUTADO.
FALTA CERRAR LA PARED. EL PRIMER
PUNTO SOLIDARIZARA EL MUÑÓN CON
LA PARED ABDOMINAL

3. 1 HIPOTESIS

3.1.1 HIPOTESIS GENERAL

La falta de control prenatal predispone el incremento de cesáreas en el Hospital General "Dr. Miguel Silva " de Morelia, Michoacán.

3.1.2 HIPÓTESIS GENERAL

Si existe relación de la participación de la enfermera licenciada en obstetricia en la identificación de los indicadores relativos de la operación cesárea participando en el manejo preventivo.

3.1.3 HIPÓTESIS NULA

El control prenatal no es un indicador predisponente para el incremento de cesáreas en el Hospital General " Dr. Miguel Silva " de Morelia, Michoacán.

3.1.4 HIPÓTESIS NULA

No existe relación de la participación de la enfermera en obstetricia en la identificación de los indicadores relativos de la operación cesárea participando en el manejo preventivo.

3.2 VARIABLES

3.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.

- a) Participación de enfermería en el control prenatal
- b) Identificación de indicadores relativos

a) Indicadores de la participación de enfermería en el control prenatal

- Edad.
- Estado civil.
- Grado de escolaridad.
- Ocupación.
- Alimentación.
- Ingreso familiar.
- Tipo de vivienda
- Servicios.

b) Indicadores de la identificación de indicadores relativos

- Desproporción cefalo pélvica
- Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo
- Ruptura prematura de membranas
- Baja reserva fetal
- Embarazo múltiple
- Disocia dinámica
- Parto post término
- Nulipara añosa
- Isoinmunización
- Diabetes mellitus
- Compromiso de Histerorrafia
- Antecedentes de desiduo miometritis
- Antecedentes de miomectomía
- Oligohidramnios
- Miomatosis uterina
- Cirugía vaginal previa
- Metroplastía
- Cesárea previa

3.2.2 VARIABLES DEPENDIENTES

CESAREA

Indicación absoluta de cesárea

- Cesárea iteractiva.
- Situación fetal anormal.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Retardo del crecimiento intrauterino
- Inserción baja de placenta.
- Parto pretérmino
- Antecedentes de corporal previa
- Virus del papiloma humano activo.
- Prolapso de cordón.
- Hidrocefalia.
- Presentación de cara.

3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.3.1 RETROSPECTIVO

Porque se obtienen datos sobre hechos ocurridos en el pasado y la información se adquiere antes de la planeación.

3.3.2 PROSPECTIVO

Porqué se registra la información según van ocurriendo los fenómenos, se va a recoger la información después de la planeación de la investigación.

3.3.3 DESCRIPTIVO

Porqué indaga la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables.

3.3.3.4 LONGITUDINAL

Porqué el comportamiento de las variables se mide en un periodo dado .

3.4 UNIVERSO DE TRABAJO

3.4.1 UNIVERSO

A todas las pacientes que se les realiza cesárea en julio y agosto.

3.4.2 MUESTRA

Se tomará una muestra representativa de 200 pacientes que sean atendidas de cesárea en julio y agosto del 2000.

3.5 CRITERIOS

3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

A todas las pacientes post operadas de cesárea que se encuentran en el servicio de gineco-obstetricia.

3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que no cooperen durante la aplicación del cuestionario y pacientes graves.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTO
SEDE MORELIA, MICHOACÁN

3.6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Julio	Agosto	Sept	Oct.	Nov.
Elaboración protocolo					
Elaboración marco teórico					
Aplicación de cuestionario					
Redacción del informe final					
Trámites					
Fecha probable de examen					

3.7 METODO - TÉCNICA - INSTRUMENTO

3.7.1 METODO CIENTÍFICO

Para el análisis de datos y la comprobación de la hipótesis se realizará investigación documenta e investigación de campo.

3.7.2 TECNICA

Encuestas a pacientes post-operadas de cesáreas y expediente clínico.

3.7.3 INSTRUMENTO

- Para EL Proceso de la información en el caso de cuestionarios se utilizará el método estadístico.
- La tabulación será en computadora y se presentará en cuadros y gráficas estadísticos.
- Los resultados se presentarán como conclusiones reforzadas por análisis interpretativo.

3.7.3.1 TIPO DE CUESTIONARIO

Los métodos de recolección serán por medio de encuestas, se realizará una entrevista individual dirigido a pacientes y personal de enfermería.

IV. ANALISIS ESTADÍSTICO DEL INFORME

Se realizará tomando en cuenta el número de pacientes a estudiar de acuerdo a las variables.

3.7 METODO - TÉCNICA - INSTRUMENTO

3.7.1 METODO CIENTÍFICO

Para el análisis de datos y la comprobación de la hipótesis se realizará investigación documenta e investigación de campo.

3.7.2 TECNICA

Encuestas a pacientes post-operadas de cesáreas y expediente clínico.

3.7.3 INSTRUMENTO

- Para EL Proceso de la información en el caso de cuestionarios se utilizará el método estadístico.
- La tabulación será en computadora y se presentará en cuadros y gráficas estadísticos.
- Los resultados se presentarán como conclusiones reforzadas por análisis interpretativo.

3.7.3.1 TIPO DE CUESTIONARIO

Los métodos de recolección serán por medio de encuestas, se realizará una entrevista individual dirigido a pacientes y personal de enfermería.

IV. ANALISIS ESTADÍSTICO DEL INFORME

Se realizará tomando en cuenta el número de pacientes a estudiar de acuerdo a las variables.

Para llevar a cabo la recolección de la información necesaria destinada a sustentar la presente investigación, fue preciso elaborar una encuesta estadística en busca de la información sobre el número de casos registrados en el mes de julio y agosto del año 2000, en mujeres post-operadas de cesárea tomando en consideración el control prenatal y los indicadores de la operación cesárea en el Hospital General "Dr. Miguel Silva" de Morelia, Mich.

La presente investigación es de carácter retrospectivo porque se analiza el fenómeno existente, tomando como antecedente la información científica y estadística existente con anterioridad al presente estudio prospectivo, porque se registra la información según van ocurriendo los fenómenos se va a recoger la información después de la planeación de la investigación y descriptiva porque indagará incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables longitudinal porque el comportamiento de las variables se mide en un periodo dado.

Los aspectos metodológicos considerados fueron los siguientes: en el universo muestra se contempla a todas las pacientes post-operadas de cesárea de julio a agosto, así también al personal de enfermería que labora en los servicios de ginecoobstetricia del Hospital General "Dr. Miguel Silva" y los casos presentados de cesárea del año 2000, asimismo se incluyeron varios criterios entre los cuales tenemos: inclusión; al personal de enfermería de los diferentes turnos y a las mujeres post-operadas de cesárea. Exclusión: a todas las pacientes que no cooperen durante la aplicación del cuestionario y pacientes graves en relación al universo muestra se encuestó a 47 enfermeras de las diferentes categorías y turnos, así como 50 pacientes post-operadas de cesárea y revisión de 150 expedientes, el diseño del cuestionario se conformó por seis reactivos para el personal de enfermería y 16 reactivos para pacientes post-operadas de cesárea, seguido de la tabulación de la información y el vaciado a los formatos establecidos con anterioridad, asimismo se dio pie a concentrar los datos y determinar los porcentajes de cada uno de los aspectos relacionados con los

relativos del cuestionario, propiciando la conformación de cuadros y gráficas que más adelante serán sujeto de análisis y correlación con las variables contempladas en la investigación, finalmente se realizaron las conclusiones a las cuales se llegó, mencionado al mismo tiempo algunas propuestas que se considera convenientes enunciar para que sean consideradas en futuras investigaciones y de ese modo se pueda profundizar más en el actual estudio y grupo etareo afectado pueda ser protegido con toda oportunidad.

4. 1 CUADROS Y GRAFICAS

CUADRO No. 1

EDAD QUE PREVALECE EN PACIENTES POST-OPERADAS DE CESÁREA DEL HOSPITAL GENERAL " DR. MIGUEL SILVA " DE MORELIA, MICHOACÁN

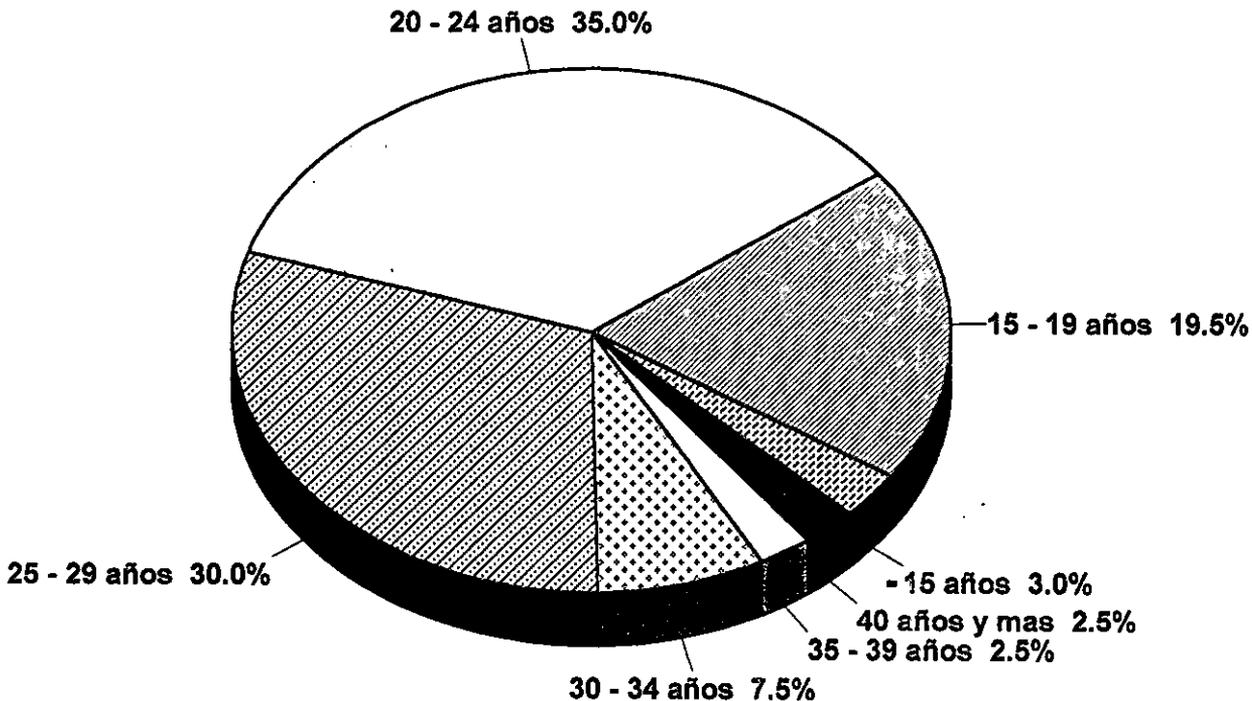
JULIO-AGOSTO DEL 2000

EDAD

Clasificación	Cantidad	%
- 15 años	6	3
15 a 19 años	39	19
20-24 años	70	35
25-29 años	60	30
30-34 años	15	7
35-39 años	5	3
40 años y más	5	3
Total	200	100

Fuente: Expedientes clínicos del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia.

EDAD QUE PREVALECE EN PACIENTES POST-OPERADAS DE CESAREA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"



Fuente: Expedientes clínicos del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia

CUADRO No. 2

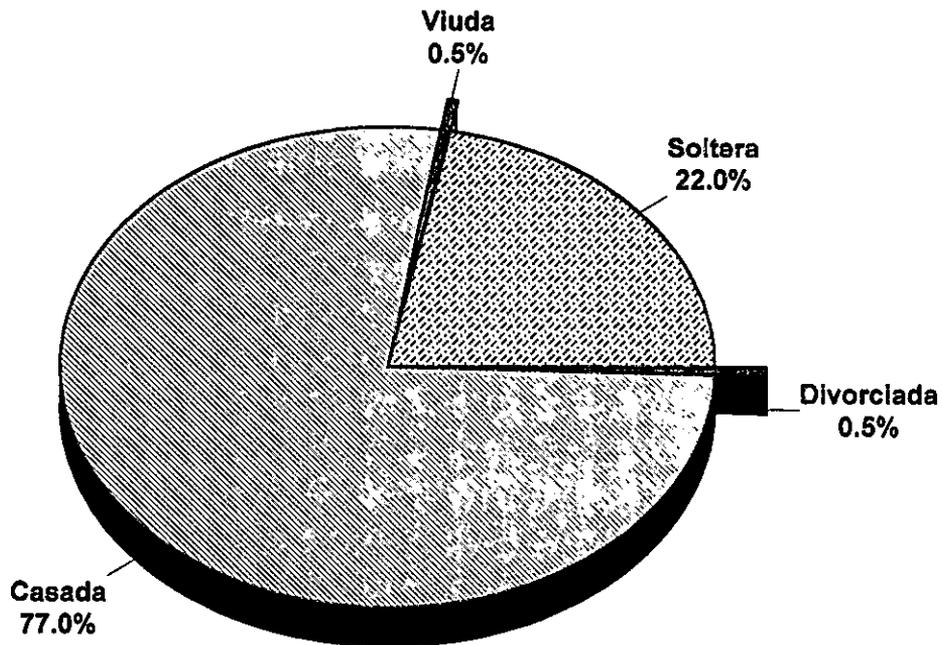
ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES POST-OPERADAS DE CESÁREA DEL HOSPITAL GENERAL " DR. MIGUEL SILVA "

JULIO-AGOSTO DEL 2000

Clasificación	Cantidad	%
Soltera	44	22
Casada	154	77
Viuda	1	0.5
Divorciada	1	0.5
Total	200	100

Fuente: Expedientes clínico del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia.

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES POST-OPERADAS DE CESAREA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"



Fuente: Expedientes clínicos del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia

CUADRO No. 3

LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS PACIENTES POST-OPERADAS DE CESÁREA DEL HOSPITAL GENERAL " DR. MIGUEL SILVA"

JULIO-AGOSTO DEL 2000

Clasificación	Cantidad	%
Local	90	45
Foránea	110	55
Total	200	100

Fuente: Expedientes clínico del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia.

CUADRO No. 4

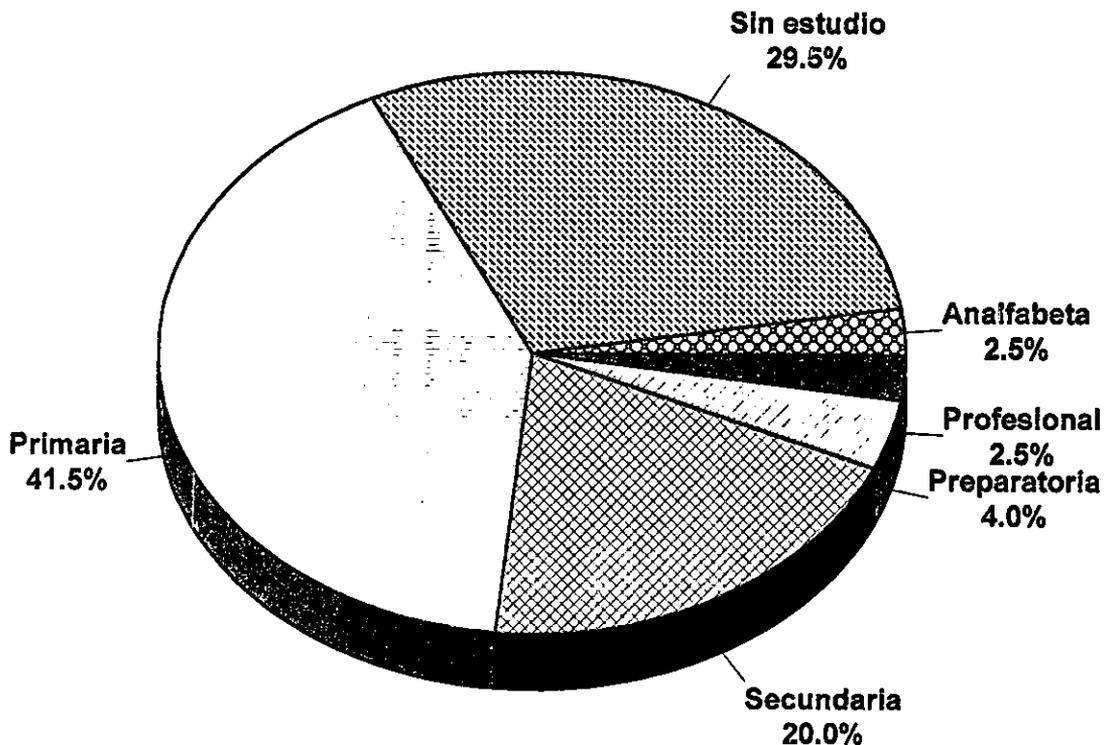
GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES POST-OPERADAS DE CESÁREA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA "

JULIO-AGOSTO DEL 2000

Clasificación	Cantidad	%
Analfabeta	5	3
Sin estudio	59	29
Primaria	83	41
Secundaria	40	20
Preparatoria	8	4
Profesional	5	3
Total	200	100

Fuente: Expedientes clínicos del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia.

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES POST-OPERADAS DE CESAREA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"



Fuente: Expedientes clínicos del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia

CUADRO No. 5

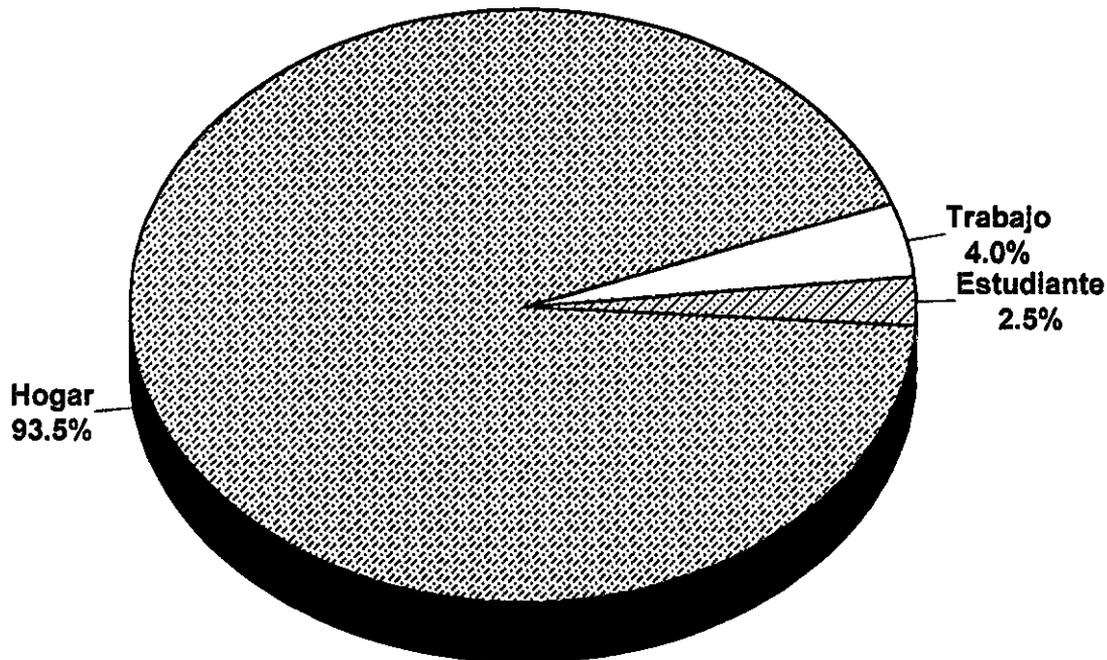
OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES POST-OPERADAS DE CESÁREA DEL HOSPITAL GENERAL " DR. MIGUEL SILVA".

JULIO-AGOSTO DEL 2000

Clasificación	Cantidad	Porcentaje
Hogar	187	93
Estudiante	5	3
Trabajo	8	4
Total	200	100

Fuente: Expedientes clínicos del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia.

OCUPACION DE LAS PACIENTES POST-OPERADAS DE CESAREA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"



Fuente: Expedientes clínicos del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia

CUADRO No. 6

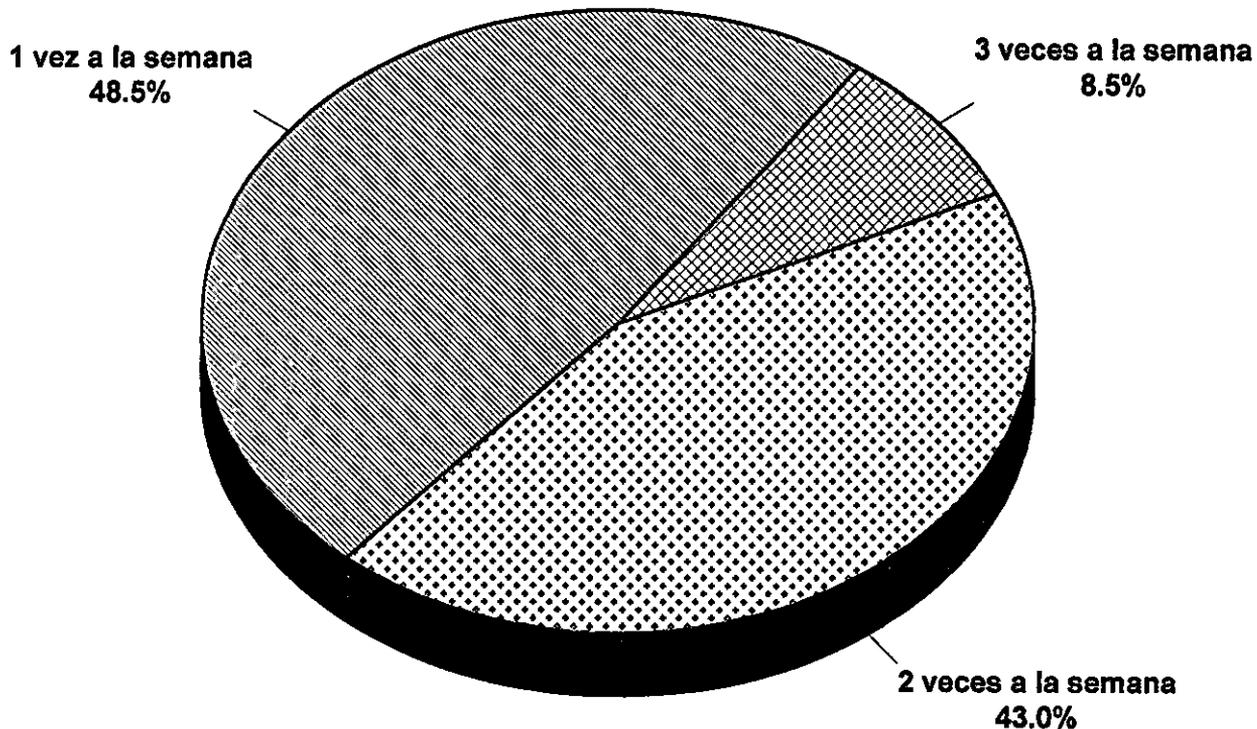
TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE CONSUMEN LAS PACIENTES POST-OPERADAS DE CESÁREA (CARNE, HUEVO, VERDURAS, LECHE, CEREALES) DEL HOSPITAL GENERAL " DR. MIGUEL SILVA "

JULIO-AGOSTO DEL 2000

Clasificación	Cantidad	Porcentaje
Una vez a la semana	97	48
Dos veces a la semana	86	43
3 veces a la semana	17	9
4 o más veces a la semana	—	—
Total	200	100

Fuente: Expedientes clínico del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia.

TIPO DE ALIMENTACION QUE CONSUMEN LAS PACIENTES POST-OPERADAS DE CESAREA (CARNE, HUEVO, VERDURAS, LECHE, CEREALES) DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"



Fuente: Expedientes clínicos del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia

CUADRO No. 7

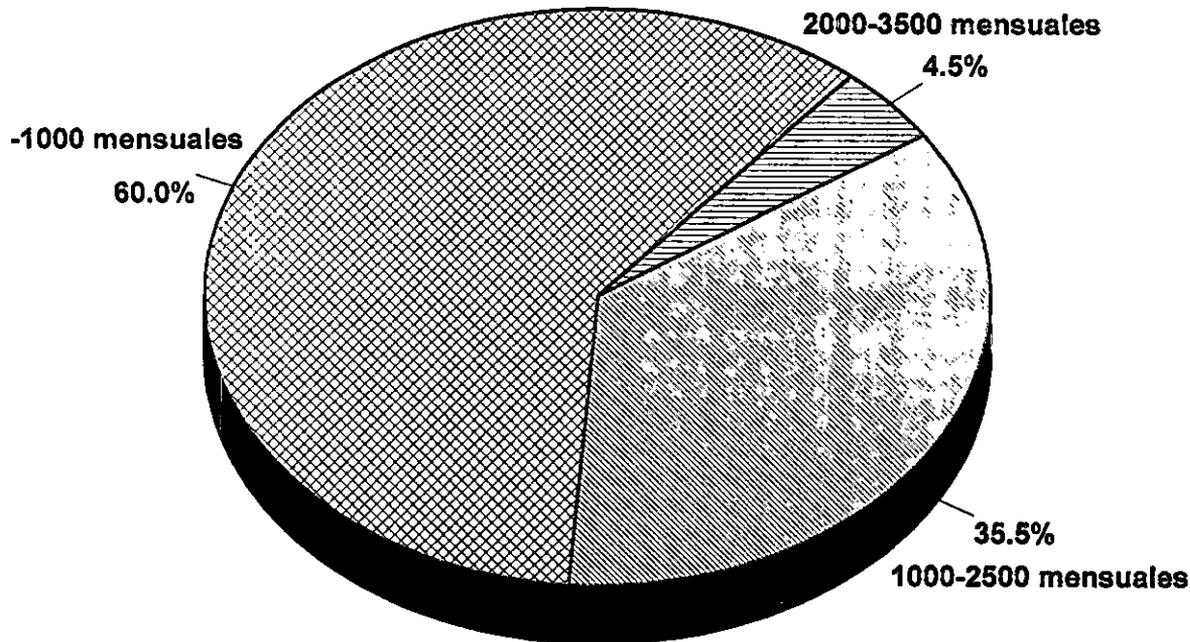
INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR DE LAS PACIENTES POST- OPERADAS DE CESÁREA DEL HOSPITAL GENERAL " DR. MIGUEL SILVA "

JULIO-AGOSTO DEL 2000

Clasificación	Cantidad	Porcentaje
- 1000 mensuales	120	60
1000-2500 mensuales	71	35
2000-3500 mensuales	9	5
3000-5000 mensuales	--	--
5000 ó más	--	--
Total	200	100

Fuente: Expedientes clínico del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia.

INGRESO ECONOMICO FAMILIAR DE LAS PACIENTES POST-OPERADAS DE CESAREA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"



Fuente: Expedientes clínicos del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia

CUADRO No.8

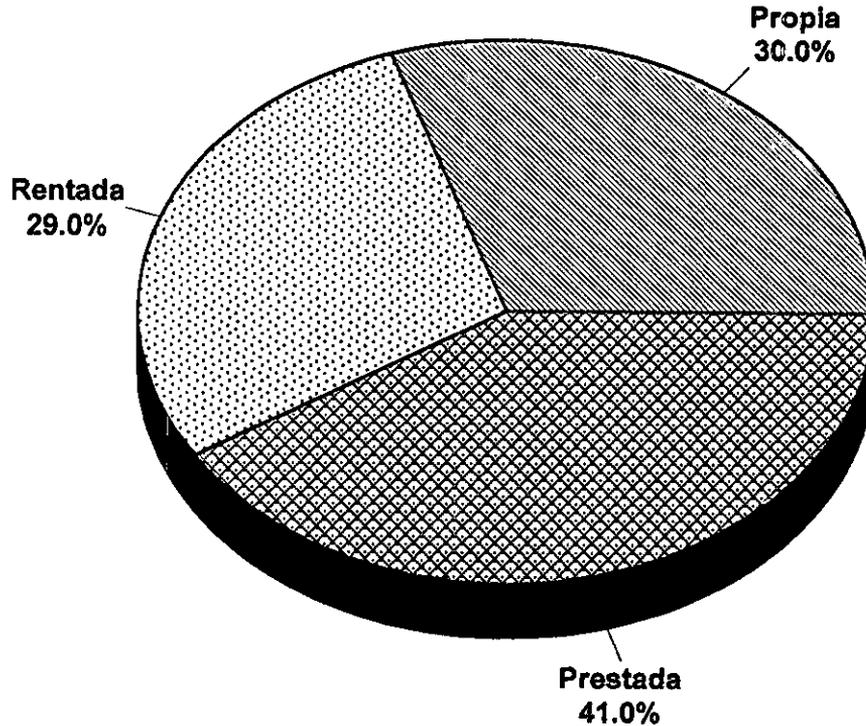
TIPO DE VIVIENDA DE LAS PACIENTES POST-OPERADAS DE CESÁREA DEL HOSPITAL GENERAL " DR. MIGUEL SILVA "

JULIO-AGOSTO DEL 2000

Clasificación	Cantidad	%
Propia	60	30
Rentada	58	29
Prestada	82	41
total	200	100

Fuente: Expedientes clínico del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia.

TIPO DE VIVIENDA DE LAS PACIENTES POST-OPERADAS DE CESAREA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"



Fuente: Expedientes clínicos del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia

CUADRO No. 9

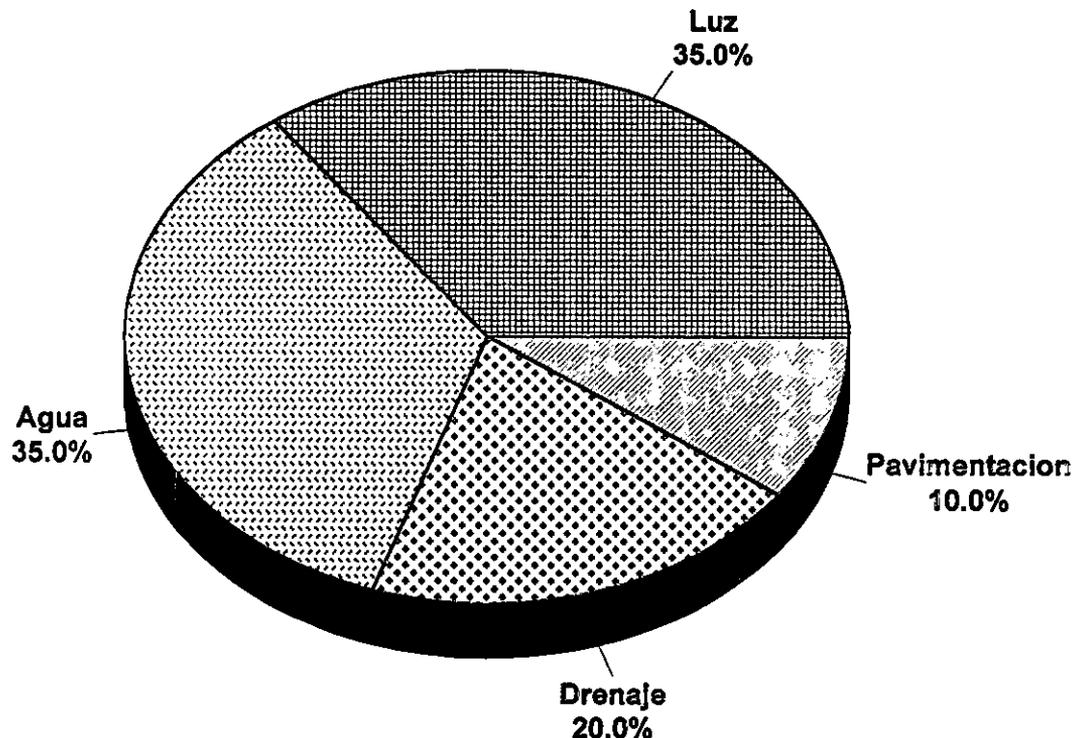
SERVICIOS CON QUE CUENTAN LAS PACIENTES POST-OPERADAS DE CESÁREA DEL HOSPITAL GENERAL " DR. MIGUEL SILVA "

JULIO-AGOSTO DEL 2000

Clasificación	Cantidad	Porcentaje
Luz	70	35
Agua	70	35
Drenaje	40	20
Pavimentación	20	10
Total	200	100

Fuente: Expedientes clínicos del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia.

SERVICIOS CON QUE CUENTAN LAS PACIENTES POST-OPERADAS DE CESAREA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"



Fuente: Expedientes clinicos del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia

CUADRO No. 10

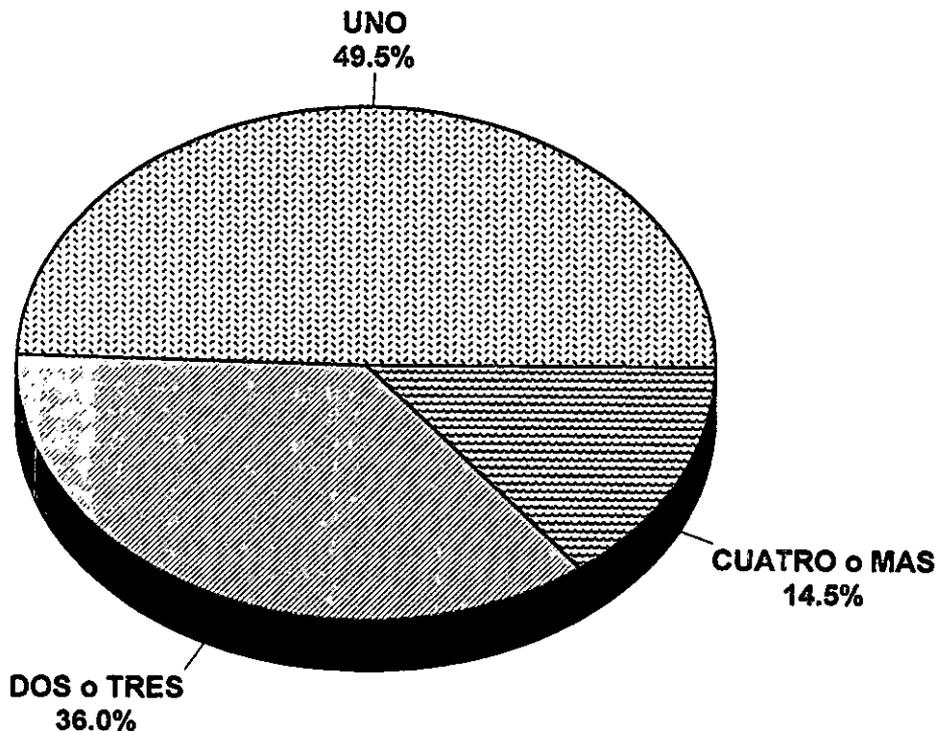
NÚMERO DE EMBARAZOS DE LAS PACIENTES POST-OPERADAS DE CESÁREA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA "

JULIO-AGOSTO DEL 2000

Clasificación	Cantidad	%
Ninguno	—	—
Uno	99	49
2 ó 3	72	36
4 ó más de cuatro	29	15
Total	200	100

Fuente: Expedientes clínico del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia.

NUMERO DE EMBARAZOS DE LAS PACIENTES POST-OPERADAS DE CESAREA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"



Fuente: Expedientes clínicos del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia

CUADRO No. 11

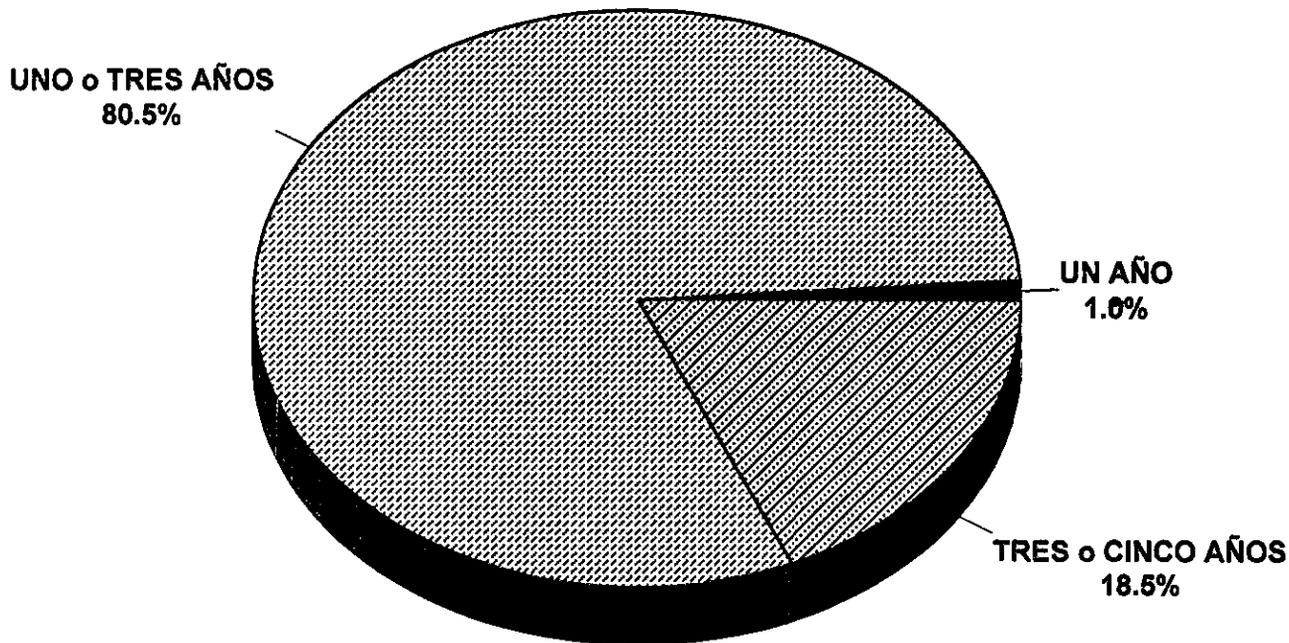
INTERVALO ENTRE EMBARAZOS DE LAS PACIENTES POST-OPERADAS DE CESÁREA DEL HOSPITAL GENERAL " DR. MIGUEL SILVA "

JULIO-AGOSTO DEL 2000

Clasificación	Cantidad	%
- 1 año	2	1
1 ó 3 años	161	81
3-5 años	37	18
5 ó más años	—	—
Total	200	100

Fuente: Expedientes clínicos del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia.

INTERVALO ENTRE EMBARAZOS DE LAS PACIENTES POST-OPERADAS DE CESAREA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"



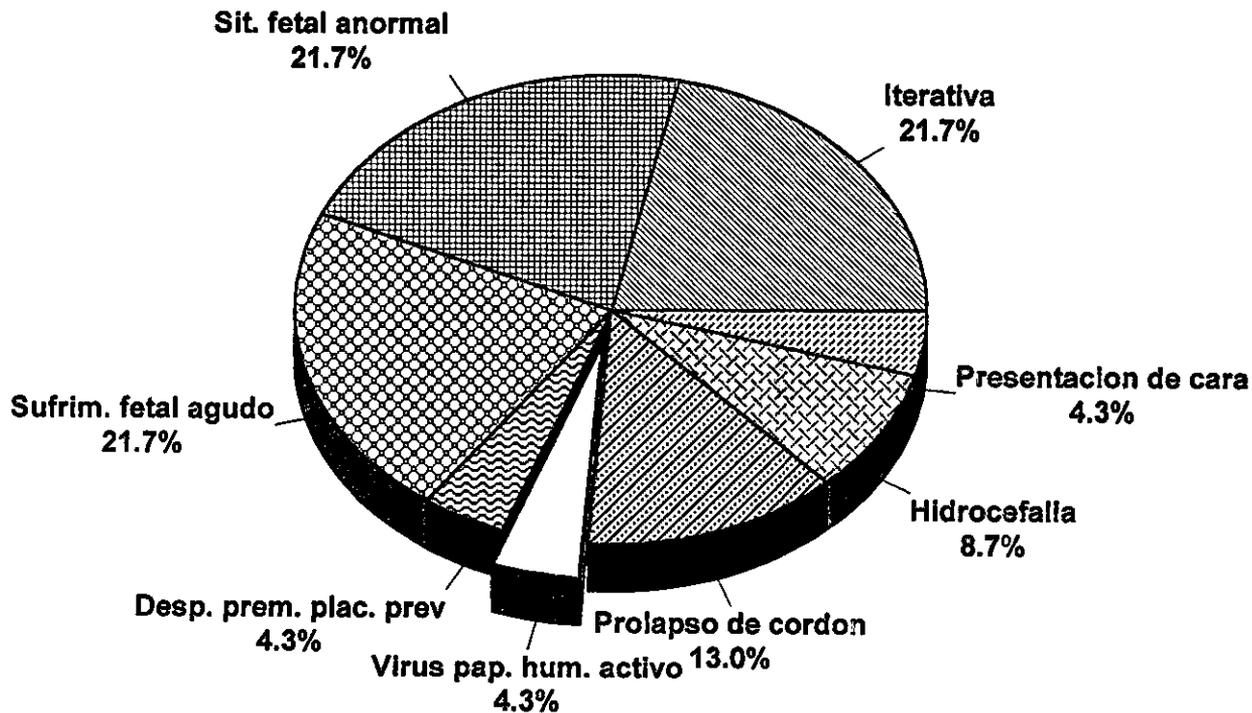
Fuente: Expedientes clínicos del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia

CUADRO No. 12 A
INDICADORES ABSOLUTOS QUE DETERMINAN LA PRÁCTICA
DE CESÁREA DEL HOSPITAL GENERAL
" DR. MIGUEL SILVA "
JULIO-AGOSTO DEL 2000

Clasificación	Cantidad	%
Iterativa	5	2
Situación fetal anormal	5	2
Sufrimiento fetal agudo	5	2
Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera	1	1
Retardo del crecimiento uterino	—	—
Inserción baja de placenta	—	—
Parto pretérmino	—	—
Virus del papiloma humano activo	1	1
Prolapso del cordón	3	1
Hidrocefalia	2	1
Presentación de cara	1	1
Total	23	11

Fuente: Archivo clínico del Hospital General.

INDICADORES ABSOLUTOS QUE DETERMINAN LA PRACTICA DE CESAREA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"



Fuente: Archivo clinico del Hospital General

CUADRO No.12 B

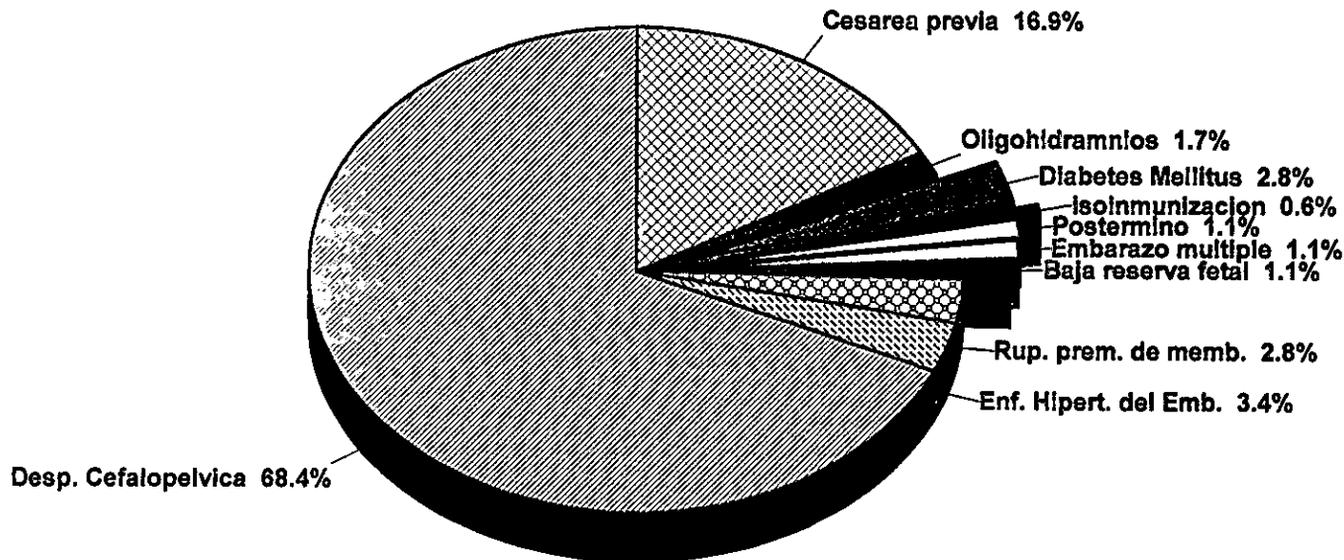
**CESAREAS CON INDICADOR RELATIVO QUE DETERMINAN EL
INCREMENTO QUIRÚRGICO DE LAS PACIENTES
POST-OPERADAS DE CESAREA DEL HOSPITAL GENERAL
" DR. MIGUEL SILVA "**

JULIO-AGOSTO DEL 2000

Clasificación	Cantidad	%
Desproporción Cefalo Pélvica	121	62
Enf. Hipertensiva del embarazo	6	3
Ruptura prematura de membranas	5	2
Baja reserva fetal	2	1
Embarazo múltiple	2	1
Distocia dinámica	—	—
Postermiño	2	1
Nulipara añosa	—	—
Isoinmunización	1	1
Diabetes mellitus	5	2
Compromiso Histerorrafia	—	—
Antecedentes de miometritis	—	—
Antecedentes miomectomia	—	—
Oligohidramnios	3	1
Miomatosis uterina	—	—
Cirugía vaginal previa	—	—
Metroplastía	—	—
Cesárea Previa	30	15
Total	177	89

Fuente: Archivo clínico del Hospital General.

CESAREAS CON INDICADOR RELATIVO QUE DETERMINAN EL INCREMENTO QUIRURGICO DE LA PACIENTES POST-OPERADAS DE CESAREA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"



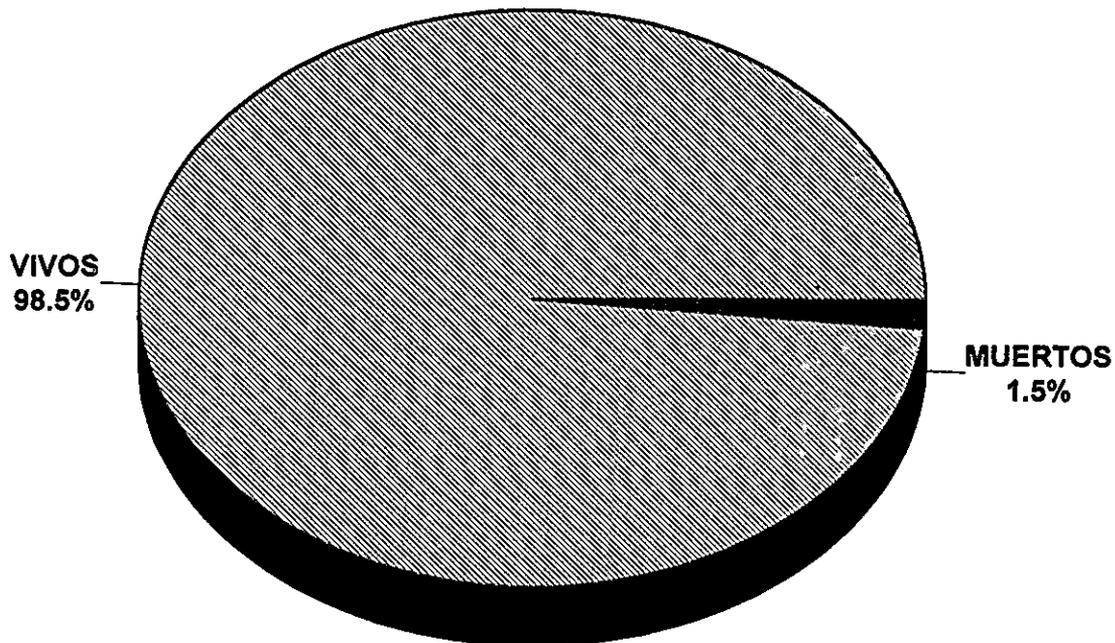
Fuente: Archivo clinico del Hospital General

CUADRO No. 13
RECIEN NACIDOS VIVOS Y MUERTOS EN LA INTERVENCIÓN
CESAREA DEL HOSPITAL GENERAL
“ DR. MIGUEL SILVA “
JULIO-AGOSTO DEL 2000

Clasificación	Cantidad	%
Nacidos vivos	197	98
Nacidos muertos	3	2
Total	200	100

Fuente: Archivo clínico del Hospital General.

RECIEN NACIDOS VIVOS Y MUERTOS EN LA INTERVENCION CESAREA EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"



Fuente: Archivo clinico del Hospital General

CUADRO No.14

**PESO AL NACER DEL PRODUCTO EN LAS PACIENTES POST-
OPERADAS DE CESAREA DEL HOSPITAL GENERAL
" DR. MIGUEL SILVA "**

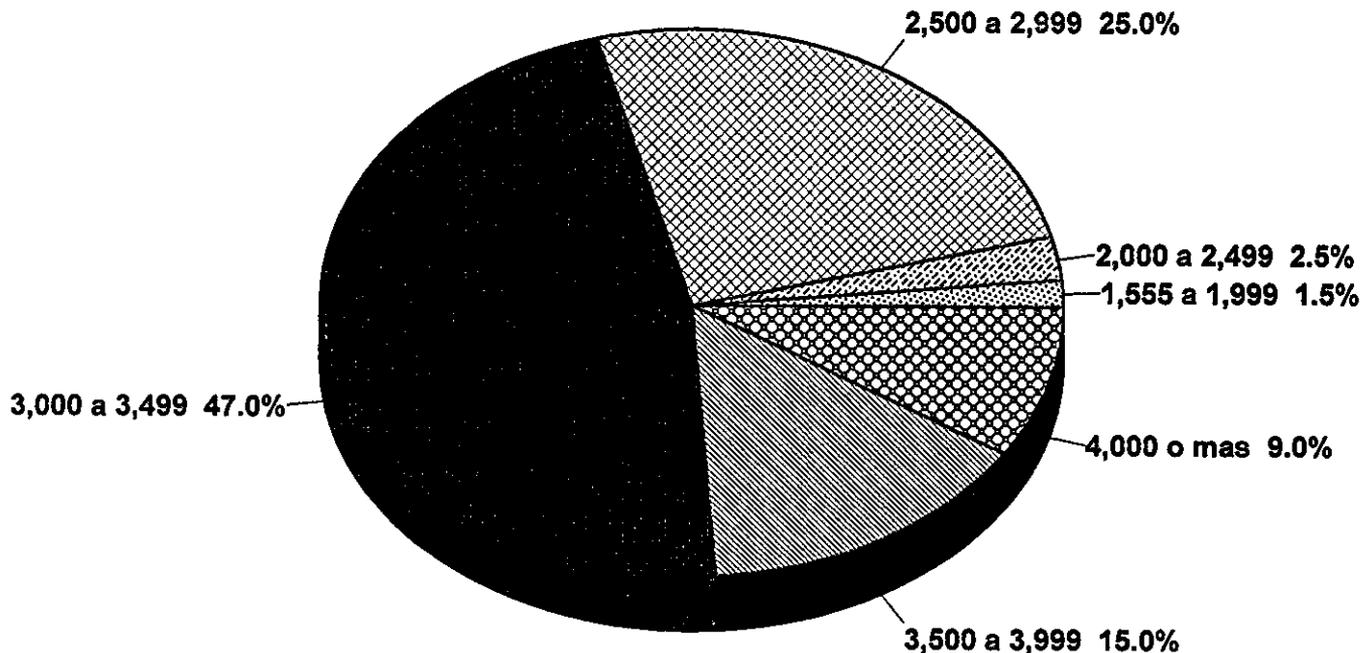
JULIO-AGOSTO DEL 2000

Clasificación	Cantidad	%
1 kg.-1.499kg	--	--
1,500-1999 kg.	3	1
2000-2499 kg.	5	3
2500-2999 kg.	50	25
3000-3499 kg.	94	47
3500-3999 kg.	30	15
4000 a más	18	9
Total	200	100

Fuente: Expedientes clínicos del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia.

ESTA COPIA NO VALE
PARA LA BIBLIOTECA

PESO AL NACER DEL PRODUCTO EN LAS PACIENTES POSTOPERADAS DE CESAREA EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"



Fuente: Expedientes clínicos del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia

CUADRO No.15

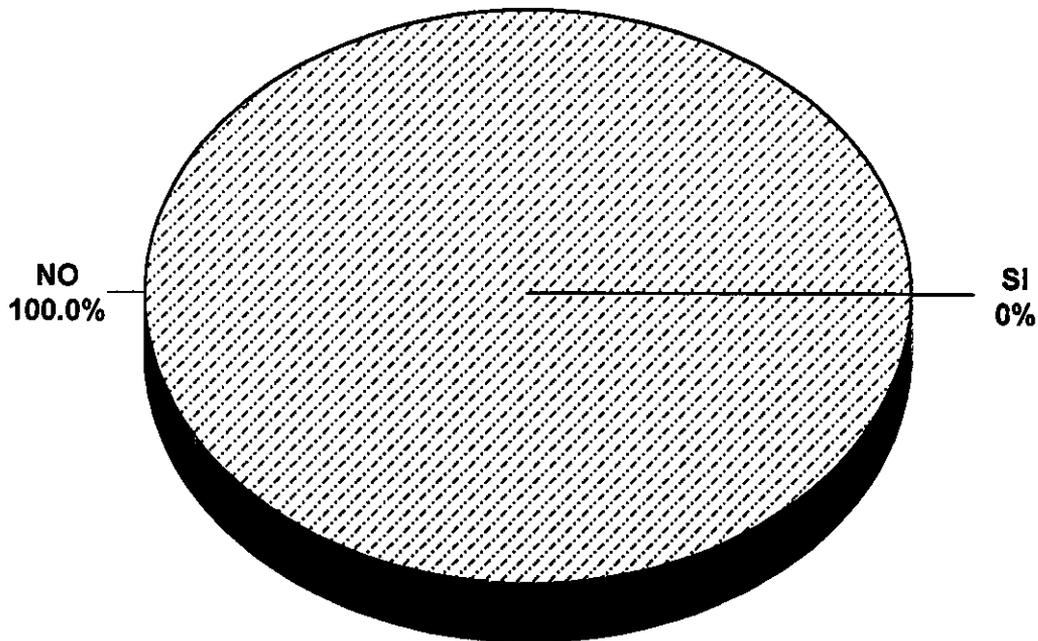
**CONTROL PRENATAL QUE LLEVARON LAS PACIENTES
POST-OPERADAS DE CESAREA DURANTE SUS EMBARAZOS
ANTERIORES DEL HOSPITAL GENERAL
" DR. MIGUEL SILVA "**

JULIO-AGOSTO DEL 2000

Clasificación	Cantidad	%
Sí	--	--
No	200	100
Total	200	100

Fuente: Expedientes clínicos del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia.

CONTROL PRENATAL QUE LLEVARON LAS PACIENTES POST-OPERADAS DE CESAREA DURANTE SUS EMBARAZOS ANTERIORES EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"



Fuente: Expedientes clínicos del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia

CUADRO No. 16

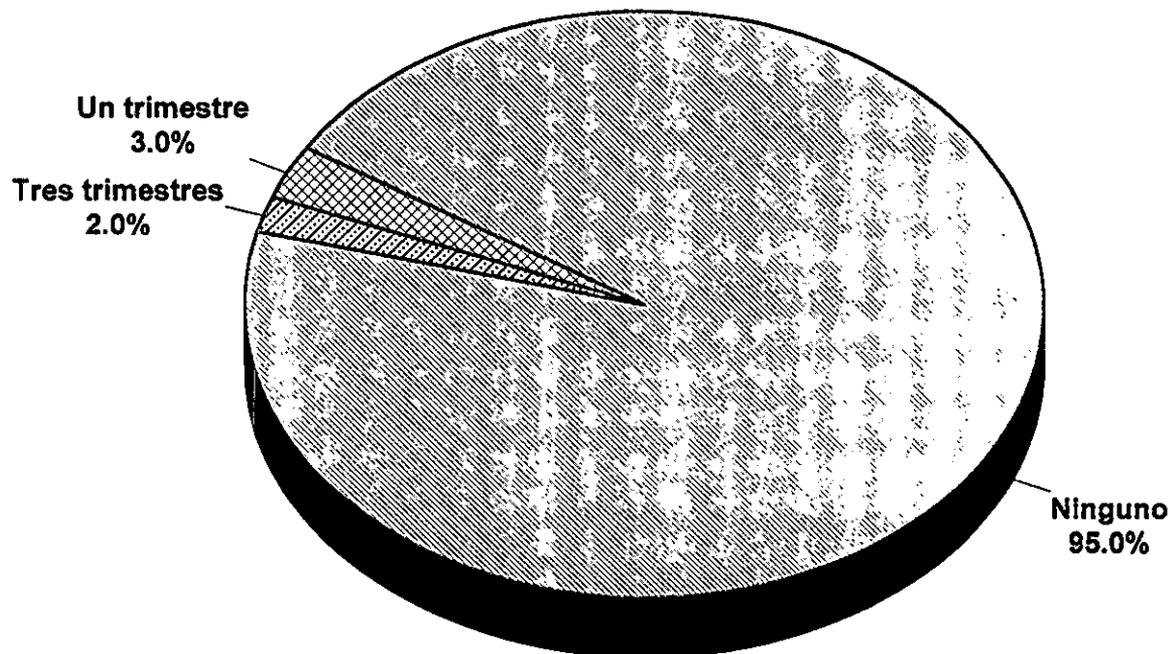
CONTROL PRENATAL EN PACIENTES POST-OPERADAS
DE CESAREAS DURANTE SU ULTIMO EMBARAZO
DEL HOSPITAL GENERAL
"DR. MIGUEL SILVA "

JULIO-AGOSTO DEL 2000

Clasificación	Cantidad	%
Un trimestre	6	3
Dos trimestres	—	—
Tres trimestres	4	2
Ninguno	190	95
Total	200	100

Fuente: Expedientes clínico del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia.

CONTROL PRENATAL EN PACIENTES POST-OPERADAS DE CESAREA DURANTE SU ULTIMO EMBARAZO EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"



Fuente: Expedientes clínicos del Archivo General del Hospital y Encuestas realizadas a pacientes del Servicio de Ginecoobstetricia

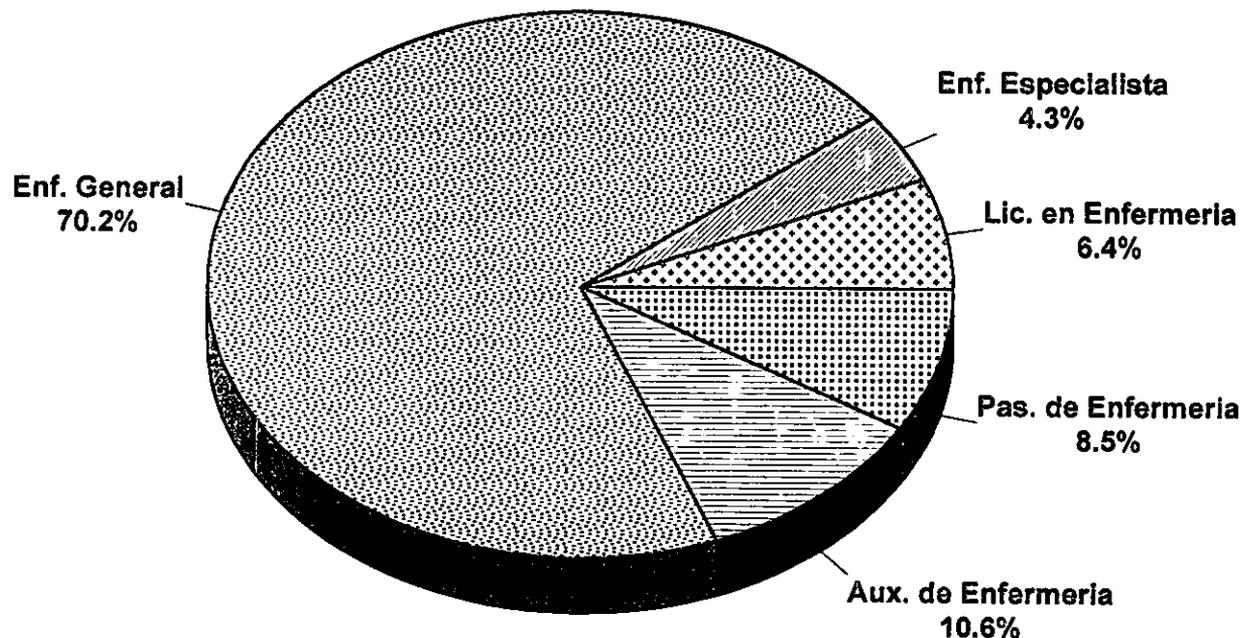
CUADRO No. 1

**QUE NIVEL ACADEMICO OCUPA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA
DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL
" DR. MIGUEL SILVA ""
JULIO-AGOSTO DEL 2000**

CATEGORIA	CANTIDAD	%
Licenciadas en Enfermería	3	6
Licenciada en obstetricia	--	--
Enfermera especialista	2	4
Enfermera general	33	70
Auxiliar de enfermería	5	11
Pasante de enfermería	4	9
Total	47	100

Fuente: Jefatura de Enfermería del Hospital

NIVEL ACADÉMICO QUE OCUPA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"



Fuente: Jefatura de Enfermería del Hospital

CUADRO No. 2

TURNO LABORAL EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL

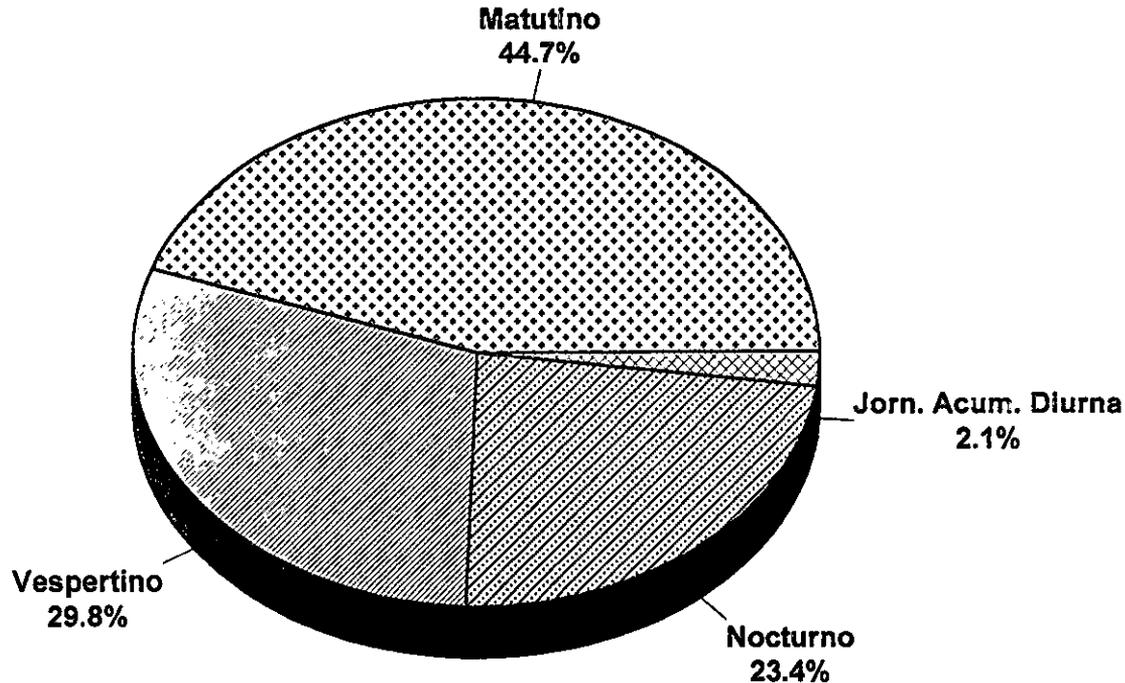
“ DR. MIGUEL SILVA ”“

JULIO-AGOSTO DEL 2000

TURNO	CANTIDAD	%
Matutino	21	45
Vespertino	14	30
Nocturno	11	23
Jornada acumulada diurna	1	2
Total	47	100

Fuente: Jefatura de Enfermería del Hospital

TURNOS LABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"



Fuente: Jefatura de Enfermeria del Hospital

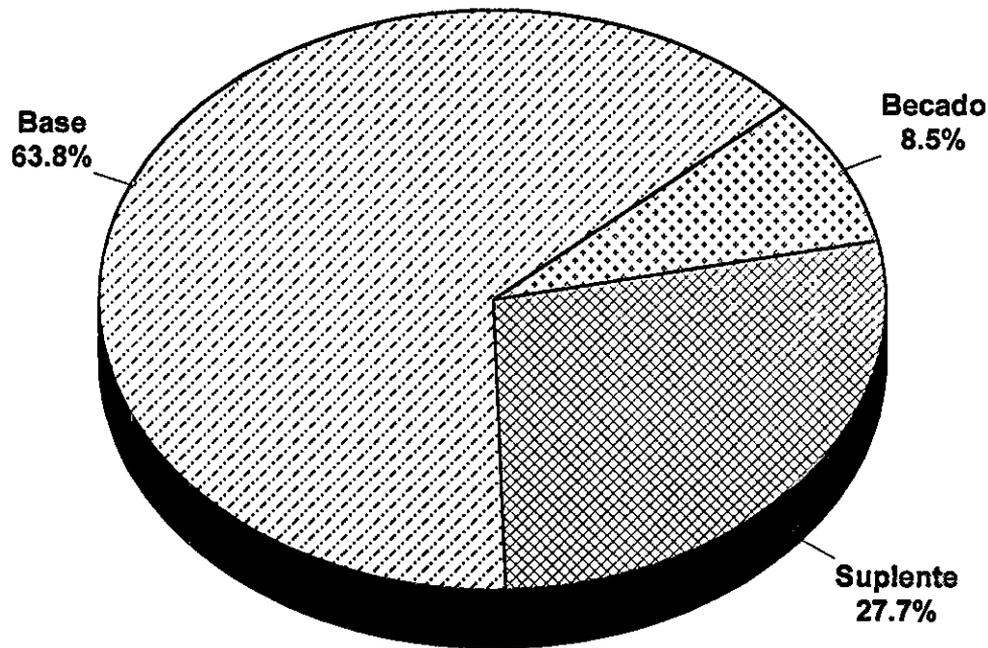
CUADRO No. 3

**PUESTO QUE OCUPA EL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN EL
SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL
"DR. MIGUEL SILVA"
JULIO-AGOSTO DEL 2000**

PUESTO	CANTIDAD	%
BASE	30	64
SUPLENTE	13	28
BECADO	4	8
Total	47	100

Fuente: Jefatura de Enfermería del Hospital

PUESTO QUE OCUPA EL PERSONAL QUE LABORA EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"



Fuente: Jefatura de Enfermería del Hospital

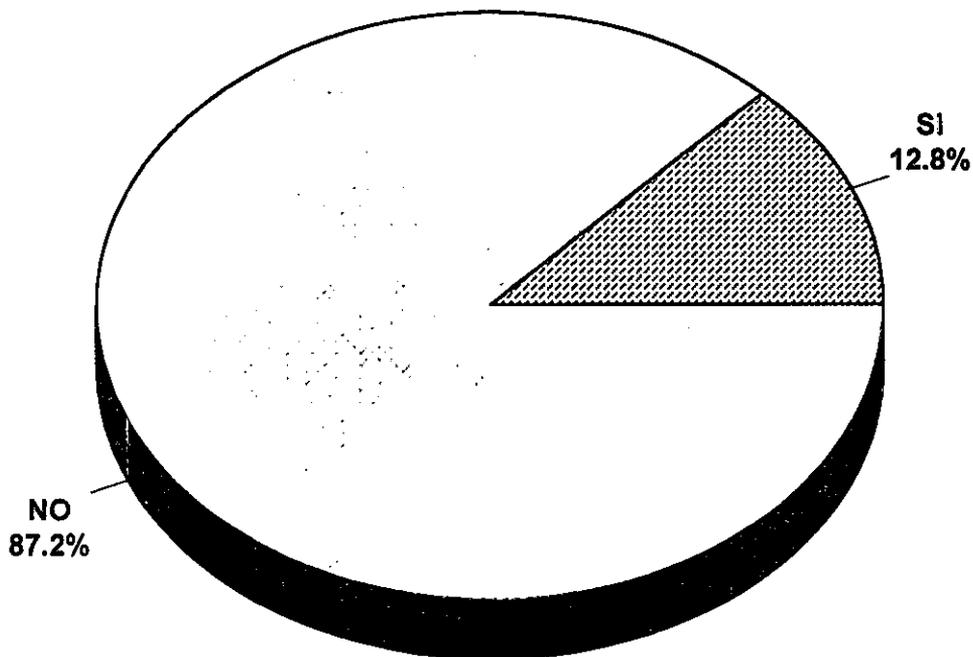
CUADRO No. 4

**CONOCIMIENTO SOBRE LOS INDICADORES RELATIVOS Y
ABSOLUTOS DE LA OPERACIÓN CESAREA
DEL HOSPITAL GENERAL “ DR. MIGUEL SILVA “
JULIO-AGOSTO DEL 2000**

CLASIFICACION	CANTIDAD	%
SI	6	13
NO	41	87
Total	47	100

Fuente: Personal de Enfermería del Servicio de Ginecoobstetricia

CONOCIMIENTO SOBRE LOS INDICADORES RELATIVOS Y ABSOLUTOS DE LA OPERACION CESAREA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"



Fuente: Personal de Enfermeria del Servicio de Ginecoobstetricia

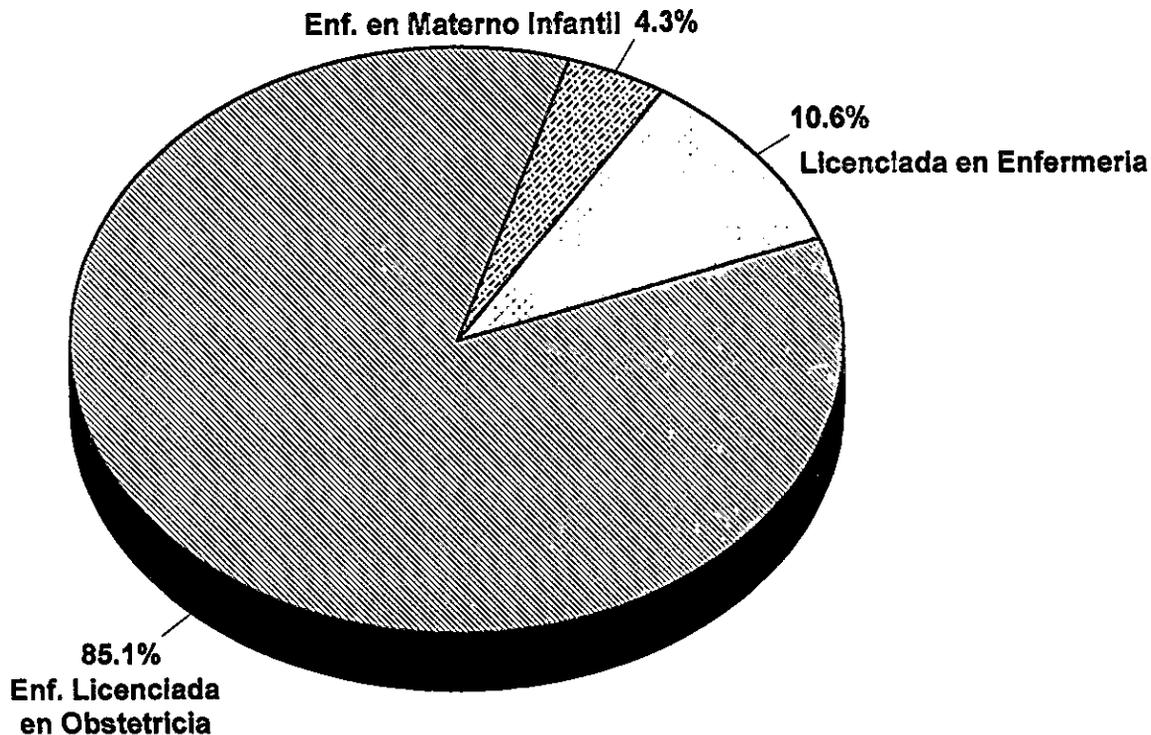
CUADRO No. 5

**QUIEN CONSIDERAS QUE TIENE MAYOR CONOCIMIENTO PARA QUE
CANALICE A LAS PACIENTES A CONTROL PRENATAL Y EMBARAZO DE
ALTO RIESGO DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA "
JULIO-AGOSTO DEL 2000**

CATEGORIA	CANTIDAD	%
Enfermera General	--	--
Enfermera Auxiliar	--	--
Enfermera en Materno infantil	2	5
Enfermera Especialista	--	--
Enfermera Licenciada en Obstetricia	40	85
Licenciada en Enfermería	5	10
Total	47	100

Fuente: Personal de Enfermería del Servicio de Ginecoobstetricia

**¿QUIEN CONSIDERAS QUE TIENE MAYOR CONOCIMIENTO PARA QUE
CANALICE A LAS PACIENTES A CONTROL PRENATAL Y EMBARAZO DE
ALTO RIESGO DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"?**



Fuente: Personal de Enfermería del Servicio de Ginecoobstetricia

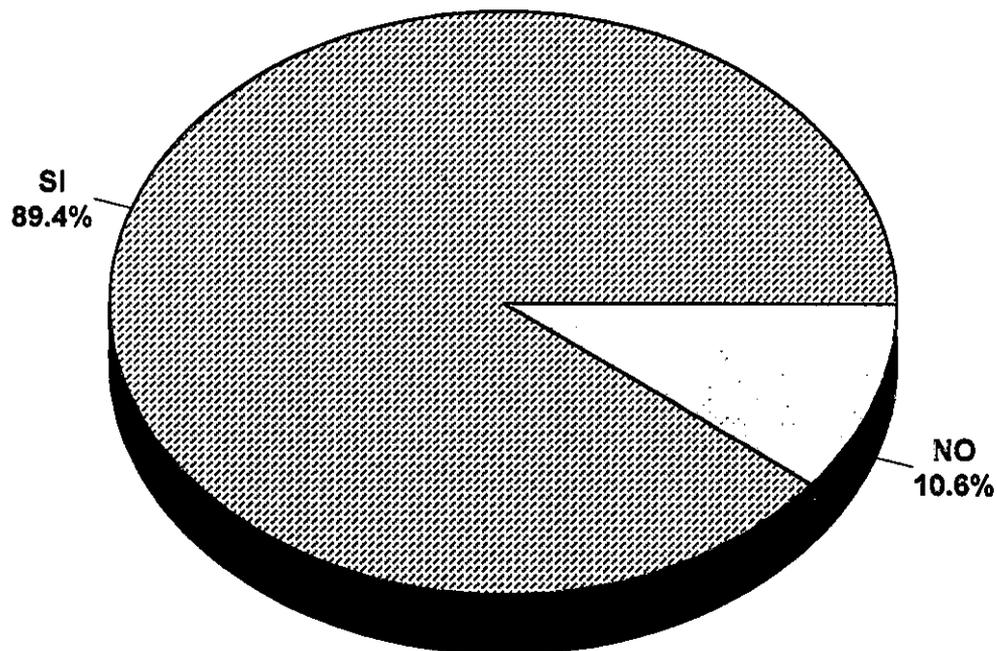
CUADRO No. 6

**CONSIDERAS QUE LA PARTICIPACION DE ENFERMERIA EN LA
ORIENTACIÓN EDUCATIVA ACERCA DEL CONTROL PRENATAL
LOGRARIÁ DISMINUIR EL RIESGO DEL INCREMENTO DE CESAREAS
DEL HOSPITAL GENERAL “ DR. MIGUEL SILVA ”
JULIO-AGOSTO DEL 2000**

CLASIFICACION	CANTIDAD	%
SI	42	89
NO	5	11
Total	47	100

Fuente: Personal de Enfermería del Servicio de Ginecoobstetricia

**¿CONSIDERAS QUE LA PARTICIPACION DE ENFERMERIA EN LA
ORIENTACION EDUCATIVA ACERCA DEL CONTROL PRENATAL
LOGRARIA DISMINUIR EL RIESGO DEL INCREMENTO DE CESAREAS
DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"?**



Fuente: Personal de Enfermería del Servicio de Ginecoobstetricia

4.2 ANALISIS Y LA INTERPRETACIÓN

La investigación se llevó a cabo durante el periodo comprendido de julio a agosto del 2000 en el servicio de obstetricia, realizando un total de 200 encuestas, mismas que se aplicaron a pacientes post-operadas de cesárea y consultas a expedientes, logrando con ello cubrir el 100% de la meta programada.

En la información registrada del cuadro número uno encontramos que la edad que más prevalece en las pacientes post-operadas de cesárea es de 20 a 24 años ocupando un 35% seguido por las de 25 a 29 años con un 30%, posteriormente las de 15 a 19 años con el 19% y el 7% de 30 a 34 años, mientras que las menores de 15 años, mayores de 40 y de 35 a 39 años ocupan el 3% cada una en la segunda pregunta relacionada con el estado civil de las pacientes post-operadas de cesárea, se observa que el 77% de las pacientes encuestadas son casadas, el 22% solteras y el 1% lo ocupan viudas y divorciadas.

Se puede apreciar que de acuerdo al lugar de residencia de las pacientes post-operadas de cesárea se observó que no existe gran diferencia entre la población foránea y la población de la localidad ya que la foránea ocupa un 55% y la local el 45% de acuerdo al grado de escolaridad de las pacientes post-operadas de cesárea se detectó que el 41% su nivel académico es de primaria, el 29% sin estudios, y el 20% secundaria, asimismo se pudo precisar que el 4% tuvo preparatoria encontrándose en menor proporción de un 3% de analfabetismo, sin embargo, cabe mencionar que entre las pacientes encuestadas también hay un 3% de pacientes profesionales.

La ocupación más reportada de las pacientes post-operadas de cesárea es las que se dedican al hogar (93%), seguida de las empleadas con un 4% y entre las estudiantes un 3%.

Dentro de la alimentación que consumen las pacientes post-operadas de cesárea casi la mitad de ella consume carne, huevo, leche, verduras y cereales una vez a la semana (48%), un (43%) dos veces por semana y el 9%, tres veces a la semana.

Respecto al ingreso económico familiar el 60% de las pacientes encuestadas refieren ganar menos de mil pesos mensuales, y el (35%) gana menos de dos mil quinientos, encontrándose en una minoría las que ganan menos de tres mil quinientos (5%).

En respuesta de la encuesta del tipo de vivienda se encontró que el (41%) es prestada, el (30%) cuenta con vivienda propia y un (29%) renta.

En cuanto a los servicios con que cuentan las pacientes post-operadas de cesárea el (35%) tiene luz, otro (35%) agua, sin embargo, el (20%) cuenta con todos los servicios, así mismo se encuentra un (10%) con ningún servicio.

Puede estimarse que la prevalencia del número de embarazos de las pacientes post-operadas de cesárea se obtuvo el mayor porcentaje con un (49%) de un embarazo y un (36%) de dos a tres embarazos, mientras que el (15%) correspondió a embarazos de cuatro o más de cuatro.

El intervalo entre embarazos fluctuaron desde el (81%) de uno a tres años, hasta (18%) de tres a cinco años y el (15%) menos de un año.

Dentro del grupo de los indicadores absolutos y relativos que determinan la práctica de la cesárea se encontró que el principal motivo de cesárea fue de (62%) por desproporción cefalopélvica y el (15%) por cesárea previa, (3%) a enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo con una menor proporción de (2%) a ruptura prematura de membranas y (2%) a diabetes mellitus, a cesárea iterativa (2%), situación fetal anormal (2%) mientras que un (1%) a parto

postérmino, sin embargo no debe restarse importancia que el (1%) a oligohidramnios, baja reserva fetal (1%) y al embarazo múltiple otro (1%) seguido de otros tres grupos como el desprendimiento prematuro de placenta hormoinserta (1%), virus del papiloma humano activo (1%), prolapso de cordón (1%), hidrocefalia (1%) y otro (1%) que correspondió a la presentación de cara.

Por tal motivo el porcentaje mayor corresponde a los indicadores relativos que originaron la operación cesárea.

Respecto a los datos obtenidos de recién nacidos vivos y muertos en la intervención cesárea, ocupando un mayor porcentaje de (98%) a nacidos vivos y un menor de (2%) que correspondió a nacidos muertos.

En relación del peso al nacer del producto, en las pacientes post operadas de cesárea el (47%) de la población obtuvo productos con un peso de tres kg. a tres cuatrocientos noventa y nueve kg. y el (25%) reportó un peso de dos quinientos a dos novecientos noventa y nueve kg. mientras que el (15%) tres quinientos kg. a tres novecientos noventa y nueve kg. el (9%) cuatro kilos o más. (3%) de dos a dos cuatrocientos noventa y nueve el (1%) por lo que respecta al control prenatal que llevaron las pacientes post-operadas de cesárea durante sus embarazos anteriores. Los resultados obtenidos nos refirieron que el (100%=no tuvo atención prenatal.

Dada la magnitud de los resultados en respuesta al control prenatal en pacientes post-operados de cesárea durante su último embarazo, los hallazgos descritos refirieron la mayoría de la población encuestada fueron del (95%) sin control prenatal, un (3%) en un trimestre y un (2%) en el tercer trimestre.

De acuerdo a cuestionario realizado al personal de enfermería se obtuvieron los siguientes resultados, el instrumento fue aplicado a 47 enfermeras de las cuales, el 70% es representado con el 11% por enfermeras auxiliares, 9%

pasantes de enfermería, 6% licenciadas en enfermería, 4% enfermeras especialistas, observándose que a pesar de haber enfermeras licenciadas en obstetricia no se encuentra ninguna ubicada en el área de ginecoobstetricia.

En el reactivo relacionado con el turno laboral del personal de enfermería se encuentra distribuido de la siguiente manera: el 45% en el turno matutino, 30% en el vespertino, 23% al nocturno y el 2% a jornada acumulada.

La distribución de acuerdo al puesto que ocupa el personal de enfermería que labora en el servicio de ginecoobstetricia el 64% lo ocupa el persona de base, 28% suplente y el 8% personal becado.

Los resultados obtenidos del conocimientos sobre los indicadores relativos y absolutos de la operación cesárea el 87% del personal de enfermería refirió no conocer dichos indicadores en tanto que el 13% si conocen algunos.

En la respuesta relacionada en el cuatro No. 5 referente a conocimiento obstétrico sobre atención prenatal y embarazo de alto riesgo el 85% del personal de enfermería opinó que debe ser atendido por la licenciada en enfermería, así como el 5% dice que debe ser la especialista en materno infantil.

En el reactivo No. 6 donde hace mención sobre si un buen control prenatal lograría disminuir el incremento de cesáreas donde el 89% considera que si, mientras que 5% opina que no porque es un hospital-escuela y los residentes practican cesáreas sin estar bien justificadas.

4.3 COMPROBACION DE LA HIPOTESIS

De acuerdo a los instrumentos seleccionados para recolectar los datos precisos que sirvieron de base para la investigación se requirió de la aplicación de un cuestionario aplicado al personal de enfermería y a las pacientes post-operadas de cesárea en base a los resultados obtenidos podemos referir lo siguiente: la mayoría que acudieron al hospital fue únicamente para la resolución del evento obstétrico sin tener ningún control prenatal, cabe mencionar que la gran mayoría corresponden de 20 a 24 años de edad con un número de hijos de uno a tres, un intervalo de embarazos de uno a tres años, una escolaridad máxima de primaria, dedicadas al hogar. Un ingreso económico menos del salario mínimo, alimentación deficiente en su mayoría vive con sus padres o familiares y los que tienen vivienda propia no cuentan con todos los servicios.

En cuanto a la operación cesárea los indicadores para dicha operación muchas veces no van acompañados de estudios clínicos y gabinete que apoyen dicho diagnóstico como en el caso de la desproporción cefalopélvica, en sufrimiento fetal donde no existen registros del tococardiografo, en la historia clínica y mucho menos en la valoración del recién nacido, en su examen neonatal, así como en la hoja frontal decía un diagnóstico y en la solicitud quirúrgica se refería a otro diagnóstico en algunos expedientes.

En la aplicación del cuestionario al personal de enfermería nos dio la oportunidad de identificar que el servicio de obstetricia no se encuentra laborando ninguna licenciada en obstetricia y las que hay se encuentran laborando en otros áreas del hospital. La mayoría son enfermeras generales y auxiliares las que atienden estos servicios, la participación del personal de enfermería en la atención de la mujer embarazada se centra en el nivel curativo y no en el nivel preventivo.

4.4. TOPICO DE REFLEXION

En el servicio de Obstetricia no se encuentra laborando ninguna enfermera Licenciada en Obstetricia, algo que nos preocupa es el hecho de que si una enfermera después de realizar estudio de Especialización aún becada por la misma institución vuelvan al servicio ocupando el mismo cargo. Como motivar al avance profesional y personal dentro del sistema si la práctica uniprofesional no parece tener cabida en el mundo actual del conocimiento y las reforma aprobadas por el sector salud.

Enfermería es una profesión que está fortaleciendo su contenido humanista sobre la base de una premisa fundamental, ampliar su práctica a partir de estudiar la interacción de los seres humanos con el medio ambiente. Debemos reconocer que enfermería profesional es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación, restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos, método de solución de problemas que se lleva a cabo con una relación de colaboración entre enfermera-paciente, lo que incluye comunicación interpersonal entre ellos, con la familia y con los miembros del equipo de salud.

5. CONCLUSIONES

Para poder correlacionar los resultados de la investigación, con los objetivos y las variables que fueron seleccionadas con relación a los hallazgos podemos mencionar lo siguiente:

- Cada uno de los objetivos específicos de esta investigación tuviera la trascendencia preestablecida permitiendo la sustentación de este estudio en la estructura final.
- Se comprobó que todas las pacientes post-operadas de cesárea no tuvieron control en su embarazo y ausencia de autocuidado de la salud, aunado a esto su bajo nivel socioeconómico.
- De la institución la inoperación de la referencia y contrarreferencia, la falta de comunicación entre la institución y de la paciente.
- No se cuenta con un programa dirigido al control prenatal de las pacientes embarazadas donde se les de orientación sobre los posibles riesgos que puedan tener durante su embarazo.

En cuanto a la operación cesárea los indicadores para dicha operación muchas veces no van acompañados de estudios clínicos y gabinete que apoyen dicho diagnóstico y en algunos expedientes no hay congruencia con el diagnóstico de la hoja frontal con la de la solicitud quirúrgica ya que se refiere a otro diagnóstico.

6. SUGERENCIAS

Después de haber realizado la actual investigación consideramos conveniente enunciar algunas de las múltiples sugerencias que se podrían expresar para el mejoramiento del trabajo.

Mejorar la presente investigación a través de la consecución de estudios relacionados con el actual, así como la valiosa opinión de los lectores.

- Realizar pláticas a las embarazadas y al público en general para desalentar falsas expectativas ante la cesárea basadas en ideas tales como el hecho de que se evita el dolor y se conserva la estética corporal.**
- Llevar a cabo durante la consulta prenatal, acciones de información sobre los cambios que se presentan durante la gestación, los signos de alarma y las etapas del trabajo de parto, así como los síntomas de inicio del mismo, sobre todo en mujeres primíparas.**
- Informar a las parejas y a sus familiares tanto en consulta, salas de espera y a través de los medios masivos de comunicación, sobre el riesgo de la operación cesárea para las mujeres, el producto, y para embarazos subsecuentes, así como los beneficios de su uso cuando está correctamente indicada.**
- Permitir y fomentar que la mujer con base en esta información, y en pleno ejercicio de sus derechos reproductivos, participe en la decisión sobre el modo de resolver su embarazo.**
- En caso de que sea necesario realizar una cesárea se explicará a la paciente, de una forma clara y sencilla el motivo por el cual ésta se realizará con el fin de que ella esté segura y confiada en que la intervención fue su mejor opción.**
- Diseñar y fortalecer una intervención cuyos objetivos sean el permitir que las mujeres manifiesten las expectativas y miedos que tienen ante el parto y**

participen más en el trabajo de parto, disminuyendo de este modo la ansiedad del momento. (P. Ej. Una breve instrucción sobre educación perinatal o la presencia de alguna personal "acompañante", se o no familiar) al servicio de gineco-obstetricia un área de educación para la reproducción en la que personal de L.E.O. trabaje con las embarazadas aspectos generales de educación perinatal.

- Reforzar la enseñanza de los residentes sobre la indicación correcta de la operación cesárea y sobre las nuevas tendencias obstétricas reportadas en la literatura médica para el manejo de las complicaciones del trabajo de parto y para los procedimientos que eliminen algunas indicaciones de esta y que tiendan a evitar el uso irracional de dicho procedimiento quirúrgico, así mismo, que sea revalorada por el médico adscrito.
- Si bien es cierto que la situación del personal de enfermería en el medio hospitalario dista mucho de ser ideal, consideramos que una alianza entre médicos y enfermeras puede favorecer ambos grupos, una buena colaboración ayudará al planteamiento de los problemas obstétricos y a soluciones comunes.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. HALADME, M.D. Silvio. Riesgo en la práctica de Obstetricia. Edición original. Edit. Salvat editores, S.A. Barcelona, 1978.
2. ASOCIACIÓN DE MEDICOS del Hospital de Ginecología y Obstetricia. No. 3 del IMSS, A.C. Ginecología y obstetricia 3ª. Edición. México, D.F.
3. BALDERAS Pedrero Ma. De la Luz. Administración de los servicios de Enfermería 2ª. Edición. Edit. Limusa, S.A. de C.V. Médico, D.F., 1999.
4. BECK, M.D. ALFREDO C. Y Cols. Práctica de Obstetricia. 7ª. Edición. Edit. La Prensa Médica mexicana. México, 1977.
5. CANALES Francis II y Col. Metodología de la investigación. Edit. Limusa, S.A. de C.V. México, D.F., 1991.
6. CASTELAZO, Ayala Luis. Obstetricia tomo II. 6ª. Edición. México, D.F., 1982.
7. CEDEÑO Dorantes Luis. Investigación clínica. Edit. Interamericana. México, D.F., 1987.
8. CONSTANCE Sinclair. Manual de Urgencias obstétricas. Edit. Mc Graw-Hill. Interamericana, México, D.F., 1997.
9. CUNNINGHAM Macdonalel Williams. Obstetricia 20a. edición. Edit. Medicina Panamericana. México, D.F., 1998.
10. CUNNGHOMS MC DONALD y Cols. Williams. Obstetricia 4ª. Edición.
11. DARFORTH N. Daniel. Tratado de Obstetricia y ginecología 4ª. Edición. Edit. Interamericana, S.A. DE C.V., México, D.F., 1988.
12. DOUGLAS STROMNE y Cols. Obstetricia operatoria la. Edición. Sistemas editoriales técnicos, S.A. de C.V., México, 1988.
13. ENCICLOPEDIA DE LA ENFERMERIA. Vol. 5 Materno infantil II Océano/Centrum Barcelona, España, 1998.
14. ENEO Antología. Seminario de tesis. Edit. Lisa, S.A. de C.V., México, D.F., 1998.

15. GONZALEZ Merlo J. Manual de Obstetricia 49ª. Edición. Edit. Masson-Salvat, México, D.F., 1992.
16. GONZALEZ Merlo J. Del Sol J.R. Obstetricia 2ª. Edición. Edit. Salvat. México, D.F., 1985.
17. GRABER BARBER. Complicaciones quirúrgicas en el embarazo, E: Médica Panamericana, 1978.
18. GREENHILL L.P. A. FRIEDMAN EMANUEL. Obstetricia 1a. Edición. Edit. Interamericana, México, D.F. 1997.
19. HARRISON. MEDICINA INTERNA II. Edit. Ediciones Científicas de la Prensa. Medicina Mexicana, S.A. México, 1998.
20. HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto. Y Cols. Metodología de la Investigación. 2ª. Edición. Mc Graw-Hill. Interamericana editores, S.A. DE C.V., México, D.F., 2000.
21. IFI LESLIE y Cols. Obstetricia y Perinatología tomo I. Edit. Panamericana. Buenos Aires, Argentina, 1985.
22. INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA. Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología, 1998.
23. LLAMAS Roberto. Compendio de Endocrinología 3ª. Edición. Edit. SEI, S.A. México, 1979.
24. MACIAS A. Carrera J.M.: Embarazo, parto y postparto. 1ª. Edición. Edit. FEC. España, 1993.
25. MACIAS a. Carrera José y Cols. Tratado y atlas de Obstetricia operatoria, volumen III. Edit. Salvat editores, S.A., Barcelona, 1978.
26. M. PÍTKIN ROY y Cols. Clínicas Obstétricas y ginecológicas, vol. 2 Hipertensión durante el embarazo. Edit. Interamericana, México, D.F., 1992. volumen 4, 1991. volumen 2, 1991, volumen 3, 1990, volumen 1, 1992 y volumen 2, 1992
27. M. HELLMAN L.A. Pichard J. William. Obstetricia. Edit. Salvat 7ª. Edición. México, D.F., 1979.
28. M. CAPLAN M.D. Ronald. Fundamentos de Obstetricia, 1ª. Edición. Edit. Limusa, S.A. de C.V., México, 1987.

29. MONDRAGÓN Castro Héctor. Obstetricia básica ilustrada. Edit. Trillas 1ª. Reimpresión. México, D.F., 1994.
30. MONDRAGÓN Castro Héctor. Obstetricia básica ilustrada 4ª. Edició. Edit. Trillas, S.A. de C.V., México, 1991. 39
31. MORAN Peña Laura. Método Científico y proceso de atención enfermería. Edit. UNAM. México, D.F., 1996.
32. NECSON TEAN. D. Consultores de Enfermería. Obstetricia MCMLXXXVII edición original volumen I. Edit. Océano. Volumen II.
33. NISWANDER K.R. Manual de Obstetricia 3ª. Edición. Edit. Salvat. México, D.F., 1988.
34. PITKIN ROY M. ZLATNKFRANK J. Cols. Year book de Obstetricia y ginecología. Edit. Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina, 1985.
35. PRITCHARD, M.D. Jack y Cols. Williams Obstetricia 3a. edición. Edit. Salvat mexicana ediciones, S.A. de C.V., 1987
36. RECOPIACIONES MEYAS Avila Silvia Amalia, Maldonado Guiza, Ma. Teresa. Notas Metodológicas para la investigación científica UMSNH Morelia, Mich., 1997.
37. REYNES. DR. CARLOS y STOOPEN MIGUEL E., Ultrasonografía en Obstetricia. Edit. Interamericana Mc Graw-Hill, México, D.F., 1992.
38. ROJAS Soreano Raúl. Guía para realizar investigaciones sociales. Edit. Grijalbo. México, D.F., 1986.
39. RUBIO Domínguez Severiano. Obstetricia II ANTOLOGÍA UNAM., 1996.
40. SECRETARIA DE SALUD. Norma oficial mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Publicación México, D.F., 1994.
41. STUWART TAYLOR. Dr. E. Obstetricia de Beck. 10ª. Edición. Edit. Interamericana, S.A. DE C.V., México, D.F.
42. TAMAYO y Tamayo Mario. El proceso de la investigación científica. Edit. Limusa. México, D.F., 1994.

A N E X O S

GLOSARIO DE TERMINOS

ATENCIÓN MEDICA PRENATAL.- Es la vigilancia periódica sistemática y primordialmente clínica del estado grávido. Con el apoyo de laboratorio y gabinete.

CESAREA.- Procedimiento quirúrgico consistente en la extracción del feto y sus anexos mediante la incisión de la pared abdominal y del útero.

CESAREA INTERATIVA.- Es la operación cesárea de repetición después de 2 o más cesáreas previas independientemente de la causa que las motiva y de número de gestación.

CIRUGÍA.- Es la práctica médica que consiste en la curación de las enfermedades mediante procedimientos operatorios.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA.- Es la separación parcial o total de la placenta normalmente insertada antes del nacimiento.

DIABETES MELLITUS.- El término incluye un grupo heterogéneo de padecimientos que tienen en común la alteración en el metabolismo energético, causado por la diferencia absoluta o relativa de la acción de la insulina a nivel celular, lo que altera la homeostasis de los carbohidratos, grasas y minerales.

DISTOSIA DINAMICA.- Situación anormal que se produce durante el trabajo de parto, por alteración del ritmo, intensidad o duración de las contracciones uterinas.

EMBARAZO DE PRETERMINO.- Edad de la gestación entre las 28 y 36 semanas.

EMBARAZO MÚLTIPLE.- Es la gestación con 2 ó más fetos.

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO.-

Padecimiento que complica el embarazo mayor de 20 semanas, o al puerperio (no más de 14 días) y que se caracteriza por hipertensión arterial, edema, proteinuria y en casos severos. Alteraciones hematológicas, hepáticas y del sistema nervioso central.

HIDROCEFALIA.- Aumento del volumen de líquido cefalorraquídeo en los ventrículos cerebrales y/o los espacios subaracnoideos.

INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA.- Es la condición en la cual la placenta se inserta en el segmento inferior del útero y por lo tanto una porción de la placenta precede a la parte fetal que se presenta.

ISOINMUNIZACION MATERNO FETAL.- Se define como la producción de un grupo específico de anticuerpos en la mujer como resultado de la transfusión feto materna de elementos sanguíneos, con características antigénicas diferentes.

METROPLASTIA.- Es una reparación uterina.

MIOMATOSIS UTERINA.- Fibromioma que se asienta en la capa muscular del útero (miometrio), es el tumor más frecuente del aparato genital femenino.

MIOMECTOMIA.- Extirpación quirúrgica de un mioma.

OLIGOHIDRAMNIOS.- Alteración patológica que se caracteriza por la disminución de la cantidad de líquido amniótico.

PARTO POSTERMINO.- Edad de la gestación de 42 o más semanas con fecha de la última menstruación segura en mujeres amenorréicas.

PRESENTACIÓN.- Es la parte del producto de la concepción que se avoca o tiende a avocarse al estrecho superior de la pelvis que es capaz de llenarlo totalmente y de seguir un mecanismo de parto (cefálico-pélvica).

PROLAPSO DE CORDÓN.- Ocurre cuando el cordón umbilical se encuentra por debajo de la presentación con membranas rotas.

RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO.- Es el peso inferior al que le correspondería tener para la edad gestacional.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.- Es la salida del líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares, en embarazos mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 horas antes de la iniciación del trabajo de parto.

SITUACIÓN FETAL.- Es la relación que existe entre el eje mayor del feto y el eje mayor de la madre (longitudinal, transversa, oblicua).

SUFRIMIENTO FETAL.- Estado crítico secundario a una alteración en el intercambio anabólico y catabólico entre la madre y el feto que produce modificaciones bioquímicas y hemodinámicas manifestadas por hipoxia, desequilibrio ácido-base, alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal y en ocasiones por la presencia de meconio en el líquido amniótico.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTO
SEDE MORELIA, MICHOACÁN**

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**“PARTICIPACIÓN DE ENFERMERIA EN EL CONTROL
PRENATAL E IDENTIFICACIÓN DE FACTORES QUE ORIGINAN
EL INCREMENTO DE CESAREAS**

El cuestionario está dirigido a las pacientes post-operadas que acuden al servicio de gineco-obstetricia, la información que usted proporciona será confidencial

- 1.- Edad
- 2.- Estado civil
- 3.- Lugar de residencia
- 4.- Grado de escolaridad
- 5.- Ocupación
- 6.- En su alimentación consume carne, huevo, verduras, frutas, leche, cereales.
- 7.- Su ingreso económico
- 8.- La vivienda es propia
- 9.- Con que servicios cuenta?
- 10.- Número de embarazos
- 11.- Intervalo entre embarazos
- 12.- Cesáreas con indicador relativo y absoluto
- 13.- Número de hijos
- 14.- Peso al nacer
- 15.- Ha estado en control prenatal durante sus embarazos anteriores
- 16.- Ha estado en control prenatal actualmente

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA
SEDE MORELIA, MICH.

Este cuestionario va dirigido al personal de Enfermería del Servicio de Obstetricia sobre la participación de enfermería en el control prenatal e identificación de factores que originan el incremento de cesáreas.

CUESTIONARIO

- 1.- ¿Qué nivel académico tiene?
- 2.- ¿Qué turno labora?
- 3.- ¿Qué puesto ocupa?
- 4.- ¿Conoces los indicadores relativos y absolutos de la cesárea?
- 5.- ¿Quién consideras que tiene mayor conocimiento para que refiera a los pacientes a control prenatal o embarazo de alto riesgo?
- 6.- ¿Consideras que la participación de enfermería en la orientación educativa acerca del control prenatal lograría disminuir el incremento de cesáreas?