

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO CLAVE 8722



PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

TEMA:

CESAREA

PRESENTA:

ARCELIA YEPIZ TORRES

MORELIA MICHOACAN MEXICO.



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.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MÈXICO CLAVE 8722



PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

TEMA:

CESAREA

PRESENTA:

ARCELIA YEPIZ TORRES

MORELIA MICHOACAN MEXICO

AGRADECIMIENTO

A LA ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE
LA SALUD

Quien me dio la oportunidad de realizar mi carrera de licenciada en enfermería y
obstetricia.

Gracias por haber fomentado en mi el deseo de

Superación y anhelo de triunfo en la vida, por

Compartir mis penas y mis alegrías, mis pequeñas

Victorias y mis dolorosos fracasos, siempre recibiendo de

Ustedes la palabra de aliento que me dio la fuerza

Para seguir luchando.

A MIS MAESTROS

Que me han brindado conocimientos ya que de alguna otra forma durante estos
cuatro años no sería posible mi formación educativa.

DEDICATORIA

A MIS PADRES

A quienes me dieron vida, quienes sin esperar nada, lo dieron todo. A quienes rieron conmigo en mis triunfos y lloraron también en mis fracasos. A quienes me guiaron por un camino de rectitud y me enseñaron también que es lo mejor. A un par de corazones buenos con gratitud eterna.

Por enseñarme a luchar hacia adelante por su gran corazón y capacidad de entrega pero sobre todo por enseñarme a ser responsable gracias a ustedes eh llegado a la meta.

También por guiarme en mí camino por la vida, por el amor, el cariño, su comprensión, sus cuidados y su motivación, por su suavidad y dureza al hablarme y ayudarme a ser una mejor persona

A DIOS

Por darme la vida y la oportunidad de realizar este sueño y darme la fe de que esto durará por siempre.

A MIS AMIGOS

Por amarme incondicionalmente, por compartir sus experiencias conmigo, por el apoyo y el impulso que me han dado siempre. Y también por compartir momentos inolvidables, llenos de experiencias positivas y negativas pero que nos han hecho crecer y fortalecer nuestra amistad.

RESUMEN

Este tema tiene en particular importancia por el aumento gradual en la frecuencia de la operación cesárea registrada en las últimas décadas. Así mismo la anatomía humana no ha mostrado cambios significativos desde el hombre de Cromagnon hasta nuestros días, lo que sí ha variado es el concepto y el estudio de la misma con un gran aumento de la frecuencia de ocasionando que cada vez sea mayor el número de mujeres portadoras de una o más cicatrices uterinas cuyo futuro obstétrico es incierto por el riesgo mayor que representa un embarazo.

El manejo del trabajo de parto en pacientes que raro a la operación obstétrica. Previamente han sido sometidas a una operación cesárea ha sido objeto de grandes diferencias de opiniones de los obstetras sin que actualmente exista acuerdo.

Antes de 1900 eran tan frecuentes las muertes e incapacidades consecutivas a la operación cesárea inicial o ocasional que más tarde fue un gran problema teniendo modificaciones en cuanto a la atención de la mujer dependiendo de la posición del producto de la concepción, llevando con anterioridad un seguimiento del embarazo conocido como control prenatal, este nos aporta datos importantes sobre la mejor manera en que se puede obtener el producto de la concepción con el menor número de complicaciones posibles, para así lograr un parto vaginal y evitar muertes maternas con pacientes en edad reproductiva, gestantes y atendidas en el hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Esta revisión se llevara a cabo donde la intención de aportar nuevas experiencias de igual forma si no difiere de otras conclusiones se acrecentara el conocimiento ampliando conocimientos para resoluciones mejores donde se disminuirá la morbimortalidad que representa en si el procedimiento obstétrico.

RESUMEN EN INGLES

TABLA DE CONTENIDOS

PORTADA.....	I
PORTADILLA.....	II
DEDICATORIAS.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
RESUMEN.....	V
RESUMEN EN INGLES.....	VII
TABLA DE CONTENIDOS.....	VII

CAPITULO 1

1. ASPECTOS HISTORICOS.....	1
1.1. JUSTIFICACION.....	3
1.2. OBJETIVOS.....	3
1.3. VIABILIDAD DE ESTUDIO.....	4
1.4. DELIMITACION DE ESTUDIO.....	5

1.5. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.....	5
1.6. HIPOTESIS.....	5
1.7 .VARIBILIDAD.....	6
GLOSARIO DE TERMINOS.....	7

CAPITULO II

2.1 MARCO TEORICO.....	19
2.1.1 TEORIAS	21
2.2 DESPROPORCION CEFALOPELVICA	22
2.2.1 PRUEVA DE TRABAJO DE PARTO	23
.....	
.....	
.....	
2.3 REQUISITOS PARA INICIAR LA PRUEVA	23
2.4 TIPOS DE PELVIS	24
2.4.1 CARACTERISTICAS DE LOS TIPOS DE PELVIS	27
2.4.2 PELVIMETRIA RADIOLOGICA.....	26

2.4.3 DIAMETRO	26
2.5 SUFRIMIENTO FETAL.....	27
2.5.1 SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	28
2.5.2 DIAGNÓSTICO	28
2.5.3 AUSCULTACIÓN CLÍNICA	29
2.5.4 AUSCULTACIÓN MEDIANTE CARDIOTOCOGRAFÍA	30
2.5.5 ALTERACIONES EN EL PH SANGUÍNEO	31
2.5.6 CONDUCTA ANTE LA SOSPECHA DE SUFRIMIENTO FETAL.....	32
2.5. EL MANEJO DEL SUFRIMIENTO FETAL DEPENDERÁ DE LA NATURALEZA DE SU ORIGEN:.....	32
2.5.8 REANIMACIÓN FETAL INTRAÚTERO.....	32
2.6 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.....	33
2.6.1 DIAGNÓSTICO	33
2.6.2 EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE	34
2.6.3 CONDUCTA ANTE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.....	34
2.7 CESAREA	37

2.8 CESAREAS PREVIAS	37
2.8.1 PRIMER PERÍODO DEL PARTO (DILATACIÓN CERVICAL):	39
2.8.2 SEGUNDO PERÍODO DEL PARTO (EXPULSIVO):	39
2.8.3 TERCER PERÍODO DEL PARTO (ALUMBRAMIENTO):	39
2.8.4 SUSPENSIÓN DE LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO	39
2.9 INDICACIONES PARA DIAGNOSTICAR UNA CESAREA	39
2.9.1 CAUSAS MATERNAS	40
2.9.2 CAUSAS FETALES.....	41
2.10. REQUISITOS PREOPERATORIOS.....	41
2.11. CUIDADOS PREOPERATORIOS.....	42
2.12. ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CESÁREA.....	43
2.12.1. VIGILANCIA DEL INDICADOR HOSPITALARIO DEL NÚMERO DE CESÁREAS EN RELACIÓN AL NÚMERO DE NACIMIENTOS.....	44
2.12.2. CAPACITACIÓN PERMANENTE DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE LAS INDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA.....	45
2.13. REQUISITOS PARA EL PARTO VAGINAL CON CESAREA	46

2.14. DESCRIPCION DE LOS TIPOS DE PELVIS	48
2.15. PARTO VAGINAL POR CESAREA.....	51
2.16. COMPLICACIONES DE LA CESAREA.....	52

CAPITULO III

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACION.....	55
3.1.1 PARADIGMA DE LA INVESTIGACION.....	55
3.2 METODO A UTILIZAR	57
3.3 UNIVERSO O POBLACION.....	58
3.4 UNIDAD DE ANALISIS.....	58
3.4.1 MUESTRA O SELECCIÓN DE MUESTRA.....	59
3.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION	60
3.6 CONFIABILIDAD.....	62
3.7 VALIDEZ	62

CAPITULO IV

4.1 INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	64
--------------------------------------------	----

CAPITULO V

5.1 CONCLUSION GENERAL	85
------------------------------	----

5.2 SUJERENCIAS	86
-----------------------	----

5.3 LINEA DE INVESTIGACION.....	86
---------------------------------	----

APENDICES.....	87
----------------	----

BIBLIOGRAFIAS	92
---------------------	----

CAPITULO

I

RACIONALIDAD DE LA INVESTIGACION

1. ASPECTOS HISTORICOS

La primera cesárea practicada en una paciente viva y en la que se obtuvo un recién nacido vivo fue realizada por Giulio Cesari Aranzio (1530-1589), en 1578, la madre falleció al mes de la operación; antes de este caso todas las cesáreas eran practicadas postmortem. En 1769, Lebas (1719-1797), en Francia, sutura por primera vez la herida del útero con la idea de que la recuperación de la paciente fuera mejor, pero fue muy criticado por los cirujanos de la época (Pelosi and Pelosi, 1997). Por eso no fue sino hasta 1882, en que Max Sanger populariza la técnica de suturar la herida uterina.

La cesárea se empieza a usar como una opción segura para el nacimiento luego de los trabajos pioneros de William Morton (1819-1868), en 1846, con el uso del dietil éter como anestésico quirúrgico y veinte años después con la introducción del ácido carbólico como antiséptico por Joseph Lister (1827-1912) (Sewel, 1993).

El mayor cambio en la técnica de cesárea ocurre en 1876, cuando Eduardo Porro (1842-1902) la asocia a una histerectomía subtotal, luego Frank, en 1906, introduce la técnica extraperitoneal con el fin de disminuir las posibilidades de infección y más tarde Krönig, en 1912, y Beck, en 1919, utilizan la técnica segmentaria con incisión longitudinal. La cesárea segmentaria transversal, que es el procedimiento más usado hoy en día, proviene de una modificación de la técnica de Beck implementada en 1921 por John Munro Kerr (1868-1960) y Eardley Holland (1879-1967), profesores del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Glasgow, en Escocia.

A lo largo de la historia de la humanidad la operación cesárea es la extracción del feto vivo o muerto a través de una incisión seguida de otra en la pared uterina y que llegó a ser con mayor frecuencia en las mujeres de 27 a 36 semanas de gestación su frecuencia ha ido aumentando tanto por los problemas obstétricos que desde antes a la actualidad se presentan y diagnosticados tempranamente resolviendo de una manera habitual por cesárea.

Surgiendo así cuando en épocas pasadas existían mujeres embarazadas de alto riesgo para realizar un parto normal, al paso de las civilizaciones se ha descubierto que la cesárea es un método de extracción del producto de una forma que no corran riesgo las vidas tanto de la madre como del producto ya que también por seguridad y comodidad de la mujer.

El nombre de la cesárea (como muchos creen) del nacimiento de Julio César. El hecho de que la madre del César viviera después del alumbramiento constituye una evidencia en contra de la extracción abdominal puesto que la primera supervivencia registrada no ocurrió sino siglos más tarde.

En 1637, Raymundo fue el primero en emplear el término operación cesárea en el tratado que hizo acerca del tema.

Es posible que las primeras cesáreas se hayan realizado antes del registro de la historia ya que Felkin en 1884 fue testigo de una operación de este tipo. El encargado de realizar esta cesárea se lavó las manos preparó el abdomen con vino de plátano practicó una incisión en la línea media y cerró la herida con suturas.

1.1 JUSTIFICACION

Es una forma de sustentar y argumentar el tema elegido.

Antes que nada se valora la paciente sometiéndola a procedimientos tomando en cuenta las causas consecuencias y efectos secundarios que causa este procedimiento y ver si realmente es necesario.

Transmitir información a las mujeres embarazadas de 15-25 años de edad.

1.2. OBJETIVOS

Es la finalidad de señalar algo que se aspira en la investigación y debe ser clara y precisa.

1.2.1. OBJETIVO GENERAL.

Analizar las causas de la cesárea en mujeres primigestas de 15-25 años de edad del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

1.2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO.

Evaluar las principales causas de la cesárea.

1.2.3 OBJETIVO PARTICULAR.

Conocer las técnicas empleadas atreves de la cesárea.

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuales son las principales causas del porque se realiza una cesárea?

1.4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Es de suma importancia conocer el control prenatal para poder dar orientación a las mujeres que puedan presentar desproporción cefalopelvica en la hora del alumbramiento ya que de alguna otra forma se le realizara operación cesárea previa. Conociendo así las principales causas y síntomas que presentan principalmente en mujeres de 15-25 años de edad. De igual forma brindarles

información a personas que ya lo han sufrido para evitar que vuelva a presentarse el problema.

Objetivo principal es evitar el aumento de la tasa de mortalidad en mujeres de edad reproductiva.

1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La investigación será realizada en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud simplemente con los recursos que ahí se encuentran. En mujeres embarazadas de 15-25 años.

1.6. HIPOTESIS

Son explicaciones tentativas del fenómeno investigado que se formulan como proposiciones

Es aquel planteamiento que define que su alcance será correccional o explicativo que intenta pronosticar una cifra de un hecho.

Unas de las explicaciones tentativas del fenómeno investigado de una forma de indagar o comprobar lo que se pretende investigar buscando alcanzar beneficios al problema de la investigación ya que surge la necesidad de seleccionar o mejorar el problema.

X: Desproporción cefalopelvica

Y: La cesárea

1.7. VARIABLES

Es una variable que se toma de una hipótesis de correlación de orden colocando las variables más importantes

Las variables son intervalos que indican la dispersión de los datos en escalas de medición. Con estas se pretende llegar de una manera más certera a experimentar o establecer la valoración de la investigación.

X. Desproporción céfalo pélvica

y. Cesárea previa

X1. Tipos de pelvis

Y1. Tipos de cesárea

X2. Causas de la cesárea previa

Y2. Indicaciones para diagnosticar la cesárea previa.

X3. Sufrimiento fetal

Y3. Causas más importantes de la cesárea previa

X4. Ruptura prematura de membranas

Y4. Definición de cesárea previa

X5. Anomalías de la cesárea previa

Y5. Complicaciones

X6. Estrechez pélvica

Y6. Contraindicaciones de la cesárea.

Conceptos:

Cesárea

Es la intervención quirúrgica realizada con mayor frecuencia en obstetricia y tiene como objetivo la extracción del producto de la gestación, así como de la placenta y

sus anexos, a través de la pared abdominal, mediante la realización de una laparotomía.

Sin embargo, a pesar de los grandes avances en materiales quirúrgicos y anestésicos y la modernización de las técnicas operatorias y anestésicas, la morbimortalidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal.

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer al feto, vivo o muerto, a través de laparotomía e incisión de la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a las 27 semanas.

Cesárea previa

La práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos asociados a la operación cesárea, sin embargo el concepto clásico de "una vez cesárea, siempre cesárea" ha prevalecido en el ámbito médico por lo que esta condición representa una de las principales indicaciones de esta operación.

De acuerdo a estudios de investigación recientes, la estrategia de ofrecer una prueba de trabajo de parto a pacientes con cesárea previa bajo condiciones

controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones.

Se considera realizar la prueba de trabajo de parto, en mujeres con cesárea previa, únicamente en unidades de segundo o tercer nivel de atención, con personal capacitado para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse.

Contraindicaciones para la prueba de trabajo de parto en mujeres cesárea previa:

- Antecedente de dos o más cesáreas previas segmento – arciformes
- Antecedentes de cesárea previa segmento-corporal, corporal o presencia de otras cirugías uterinas
- Antecedente de cesárea previa reciente (menor a seis meses)
- Antecedentes de ruptura uterina o dehiscencia de histerorrafia
- Pelvis no útil clínicamente

En embarazos pre término y post término, gemelares o con productos macrosómicos, se valorará cuidadosamente el caso.

Desproporción cefalopélvica

Condición de origen materno, fetal o mixto, dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal.

La desproporción cefalopélvica ocurre en las siguientes circunstancias:

- Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal, con buena actitud
- Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud
- Pelvis y feto normales con relaciones feto pélvicas ajustadas, después de una prueba de trabajo de parto infructuosa

Se divide la pelvis en los siguientes planos o estrechos:

- a) Plano de entrada de la pelvis o Estrechez superior.
- b) Plano de las máximas dimensiones.
- c) Plano de las mínimas dimensiones o estrecho medio.
- d) Plano de salida de la pelvis estrecho inferior.

El sufrimiento fetal

Se define como una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno-fetal, que ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia y acidosis. Estas alteraciones provocan un funcionamiento celular anormal que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso muerte fetal.

Los factores causales del sufrimiento fetal pueden ser reversibles (hipotensión materna, efecto Poseiro, hipercontractilidad por uso de oxitócicos), o irreversibles (causa fetal, placentaria o del cordón umbilical).

El concepto de sufrimiento fetal no es suficientemente preciso, por lo que se ha recomendado utilizar: "alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal", término que ayuda a describir clínicamente el tipo y severidad de las modificaciones que existen.

El sufrimiento fetal puede ser agudo o crónico. En su forma crónica se presenta antes del inicio del trabajo de parto, generalmente relacionado con padecimientos materno-fetales con compromiso de la perfusión placentaria, como: infecciones, trastornos hipertensión, isoinmunización Rh, diabetes con daño vascular, anemia severa, que se traducen generalmente en un retardo en el crecimiento fetal intrauterino y oligoamnios. Estos embarazos se consideran de alto riesgo y deben ser vigilados con pruebas de bienestar fetal y en caso de encontrar alteraciones de las mismas, se valora el momento y la vía más adecuada para la interrupción de la gestación.

Sufrimiento Fetal Agudo

Es una patología que se instala durante el trabajo de parto, caracterizado por una insuficiencia placentaria de tipo respiratoria, que provoca trastornos en el feto.

Su forma leve o moderada produce hipoxia y sus formas graves son capaces de producir acidosis, parálisis cerebral y muerte fetal y/o neonatal.

Causas principales de la cesárea previa:

- Factores de riesgo durante el embarazo
- Pre eclampsia
- Diabetes gestacional
- Trastornos de la alimentación
- Embarazo múltiple
- Antecedentes de RCIU
- Consultas prenatales insuficientes o nulas
- Infecciones TORCH

Factores de riesgo ambientales y de comportamiento

- Exposición a agentes teratogénicos
- Hábito de fumar

- Alcoholismo y drogadicción
- Violencia familiar

La ruptura prematura de membranas

Es una patología muy grave que ocasiona un 50 % de muertes maternas y solo tiene dos causas.

Espontanea

Traumática

Diagnóstico

El diagnóstico clínico se realiza mediante la observación directa de la salida espontánea de líquido amniótico, a través del orificio cervical en el examen con espejo vaginal, o mediante maniobras que hagan evidente la salida de líquido amniótico como: la compresión del fondo uterino con una mano, mientras con la otra se rechaza ligeramente la presentación (maniobra de Tarnier) o se le indica a la paciente que puje (maniobra de valsalva); en algunas ocasiones puede ser difícil establecer el diagnóstico y se requiere del apoyo de métodos auxiliares de laboratorio y de gabinete.

Exámenes de laboratorio y gabinete

Los exámenes de laboratorio consisten en el análisis de la muestra del líquido amniótico, tomada del fondo de saco vaginal posterior, en el que se determina: pH, cristalografía, identificación de células naranja y si es factible, fosfatilglicerol, alfafetoproteína y fibronectina fetal.

Los estudios de gabinete incluyen: ultrasonido para determinar la cantidad de líquido amniótico y amnioinfusión, adicionando algún colorante (índigo carmín o violeta de genciana) y la colocación de apósito vaginal para corroborar la ruptura de membranas a través de su situación.

Conducta ante la ruptura prematura de membranas

La conducta obstétrica en estos casos depende de:

- Tiempo de evolución de la ruptura
- Sospecha o certeza de infección
- Edad gestacional y madurez fetal
- Condiciones obstétricas

Cuando no existe evidencia de infección, se realiza un manejo conservador de la paciente, que debe incluir: estrecha vigilancia clínica, limitando la práctica de tactos vaginales y la realización de exámenes de laboratorio y gabinete para la detección oportuna de signos y síntomas de infección amniótica y en casos específicos, se requerirá de antibioticoterapia profiláctica y esquema de maduración pulmonar. En general, la atención de la embarazada en estos casos, requiere que la unidad de atención cuente con servicios especializados para la atención del neonato. En aquellos casos en que la ruptura de membranas ocurra entre la semana 26 y 32, se valora el uso de útero inhibidor.

La conducta obstétrica en los casos de ruptura prematura de membranas, es la siguiente:

- a) Menor de 26 semanas de gestación: interrupción del embarazo por vía vaginal con el consentimiento de la mujer
- b) Entre 26 y 28 semanas de gestación: cuando se cuente con los recursos mínimos para la atención del neonato, se realizará operación cesárea; cuando no se cuente con éstos, preferentemente se buscará el traslado de la paciente a otro nivel de atención, si no es posible, la vía de elección para la resolución del embarazo será vaginal
- c) Entre 29 y 32 semanas de gestación: se realizará operación cesárea

- d) Entre las semanas 33 y 36 de gestación: se valorarán las condiciones obstétricas y se resolverá el embarazo por la vía más favorable

- e) De la semana 37 en adelante: sin trabajo de parto, con el feto en presentación cefálica, flexionada y sin sufrimiento fetal, se inducirá maduración cervical con prostaglandinas durante 12 hrs, con una inductoconducción subsecuente del trabajo de parto con oxitocina. En caso de que no se cuente con prostaglandinas, se mantendrá una actitud expectante durante 24 hrs. en espera del inicio espontáneo del trabajo de parto, de no suceder esto, se procederá a la inducción del trabajo de parto con oxitocina

En caso de que se sospeche infección, debe ser tomada una muestra de líquido amniótico para cultivo y antibiograma, y establecer un esquema de antibioticoterapia, de acuerdo a los protocolos del Comité para el uso racional de antibióticos de la unidad hospitalaria, además está indicado resolver inmediatamente el embarazo, independientemente de la edad gestacional y del grado de madurez pulmonar fetal.

Una vez realizado el diagnóstico de corioamnioititis, no existe un plazo temporal para la terminación del embarazo con el fin de evitar complicaciones fetales y maternas; sin embargo, la insistencia en intentar un parto vaginal en estas pacientes puede resultar potencialmente peligrosa; la conducta propuesta es no esperar más de 6 horas después de establecido el diagnóstico.

CAPITULO

II

MARCO TEORICO

2.0. MARCO TEÓRICO

Es difícil establecer un criterio fijo e inmutable que permita definir el concepto de ciencia en nuestro tiempo. A lo más que en estos momentos se aspira es al establecimiento de un proceso en el que se recojan los elementos conceptuales y experimentales que, en conjunto, aporten una aproximación suficientemente buena que vaya permitiendo acoger a la constantemente creciente cantidad de disciplinas candidatas a refugiarse bajo el certificado de denominación de origen científica.

Las funciones del marco teórico son:

- Delimitar el área de investigación.
- Sugerir guías de investigación y evita desviaciones del planteamiento original.
- Compendiar conocimientos existentes en el área que se va a investigar.
- Expresar proposiciones teóricas generales, postulados, marcos de referencia que conducen al establecimiento de
- hipótesis o afirmaciones que más tarde habrán de someterse a prueba en la realidad.
- Inspirar nuevas líneas y áreas de investigación
- Proveer de un marco de referencia para interpretar los resultados del estudio.

El valor de una teoría está en su capacidad para describir, explicar y predecir un fenómeno, las proposiciones que la conforman deben estar interrelacionadas y no caen en contradicciones internas; debe procurar explicar el mayor número de fenómenos y admitir el mayor número de aplicaciones; debe producir nuevas interrogantes que induzcan a nuevos conocimientos y debe ser sencilla.

Como se constituye:

- Resolución correspondiente
- Adopta una teoría
- Desarrolla perspectiva teoría de referencia.

Para qué sirve;

Para detectar actividades que un detector lleva a cabo para tal efecto tomando en cuenta la detección obtención y consulta de la teoría permanente para el problema de investigación extracción y recopilación de la información de interés y construcción de un marco teórico

2.1 .1. TEORIAS

ANATOMIA

HORNER Y PHYSICK

Profesor de anatomía de la universidad de Pensilvania (1824) propuso en el tipo de cesárea en base que los cuidados con disecciones anatómicas recomendando una vía mas supravesical suprapubica que desviaba el peritoneo de la vejiga para así llegar al cuello del útero al prolongar la incisión atraves de esta parte del útero se abrirá la cavidad suficiente como para extraer fácilmente el producto.

También reconocieron el peligro de la infección del útero en relación con intervenciones de cesáreas a así en 1876 con base a los experimentos hechos con algunos animales.

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DR: TOPOLANSKI

En una mesa redonda tuvo el honor de coordinar sobre la cesárea e integrar con otros prestigiosos colegas de las especialidades traduciendo la importancia que ha adquirido el tema asa como la preocupación que todos tienen por tomar una posición.

También ser hablo del numero injustifido de las cesáreas que se realizan en nuestro país claro los autores de este análisis son economistas y sociólogos que comprendían artículos.

En algunas instituciones se dieron a conocer discusiones y posterior aplicación con una guía para la toma de decisiones sobre la vía de parto. se reconoció establecer pautas generales de las cuales acudir para los múltiples problemas que se presentan diariamente.

De acuerdo a Ausubel 1960, se debe evaluar para obtener datos que ayuden al educando; esta ayuda consiste en situarlo en el proceso y mostrarle su nivel de rendimiento. Así también esos datos brindan recursos al docente para evaluar al alumno los materiales, los métodos y el currículo. También se deben evaluar los conocimientos, las actitudes, los intereses, la personalidad, etc. Emplear en la evaluación principios generales: validez, reproducibilidad, representatividad, poder discriminante (índice de dificultad). Sugiere también, además de los test objetivos, recurrir a la discusión, ensayos de trabajo real, generar hipótesis, probar una proposición, esbozar un tratamiento experimental, estructurar una argumentación, etc.

2.2. DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA

WILLIAMS OBSTETRIC 1971.

Condición de origen materno, fetal o mixto, dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal.

La desproporción cefalopélvica ocurre en las siguientes circunstancias:

- Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal, con buena actitud
- Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud

- Pelvis y feto normales con relaciones feto pélvicas ajustadas, después de una prueba de trabajo de parto infructuosa

El diagnóstico de la desproporción cefalopélvica, se establece mediante una valoración clínica adecuada de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagenología. Ante la duda diagnóstica se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto.

2.3. REQUISITOS PARA INICIAR LA PRUEBA

- Embarazo a término
- Presentación cefálica abocada
- Dilatación de 4 cm. o más
- Actividad uterina regular (espontánea o inducida con oxitócicos)
- Membranas rotas
- Buen estado materno y fetal
- Evacuación de vejiga y recto
- Al iniciar la prueba debe ser realizada una estimación del progreso del trabajo de parto que se espera obtener en un período determinado y vigilar cuidadosamente la evolución mediante un parto grama
- La presencia de meconio fluido no contraindica la prueba
- La analgesia/anestesia puede estar indicada a criterio del médico tratante

B. Cuidados durante la prueba de trabajo de parto

- Mantenimiento de una adecuada actividad uterina (3-5 contracciones en 10 min.); según la etapa del trabajo de parto, se emplearán oxitócicos si es necesario
- Auscultación cardíaca fetal cada 15 a 30 minutos, antes, durante y después de la contracción. Monitorización electrónica siempre que sea posible
- Empleo de un apósito vulvar estéril para vigilar cambios en las características del líquido amniótico
- Tacto vaginal cada 2 horas para precisar: dilatación, grado de descenso de la presentación, rotación, flexión y modelaje de la cabeza fetal

La prueba se suspenderá en caso de que exista falta de progresión del trabajo de parto en un periodo no mayor de 4 horas, signos de sufrimiento fetal o alguna otra indicación de cesárea que se presente en el transcurso de la prueba.

2.4. TIPOS DE PELVIS

En obstetricia se ha establecido una clasificación para determinar la forma de la pelvis que es la de Caldwell-Moloy.

En base a esta clasificación se han establecido 4 formas de pelvis:

- A) Pelvis ginecoide: Que es la pelvis más adecuada para el paso del feto y está presente en la población en un 50%.
- B) Pelvis androide 33%.

C) Pelvis Antropoide 25%.

D) Pelvis platipeloide 3%

Estas 4 son formas puras de pelvis, pero en general se observan en la mayoría de las mujeres formas o estadios intermedios de estas.

Se dice que las características del segmento posterior determinan el tipo de pelvis y el anterior la tendencia.

2.4.1. CARACTERISTICAS DE LOS TIPOS DE PELVIS

Ginecoide Androide Antropoide Platipeloide

Estrecho superior redondeado o ligeramente oval Cuneiforme o triangular Ovoide
antero posterior. Diámetro T.

Reducido Ovoide en sentido transverso

Sacro Curvo, no está inclinado hacia adelante o atrás Recto e inclinado hacia
adelante Recto y con 6 segmentos Bien excavados, corto y en rotación posterior
Paredes laterales Rectas, divergentes. Habitualmente convergentes.

A menudo rectas. Rectas o divergentes

Espinas ciáticas No prominentes.

Escotadura sacrociática Amplitud media Estrecha Amplia

Angulo subpúbico Amplio Estrecho. Estrecho. Amplio

1) antero posterior conjugado obstétrico: Este se va a obtener a través de conocer el conjugado diagonal.

2) transverso del estrecho pélvico superior (es decir el espacio entre espina y espina ciática) y por último:

3) intertuberoso del estrecho pélvico superior: es decir entre una tuberosidad isquiática y tuberosidad isquiática.

2.4.2. PELVIMETRIA RADIOLOGICA

Sin embargo en obstetricia todos los diámetros los podemos medir por métodos radiológicos aunque en la actualidad no es muy conveniente pues se está radiando al niño.

Suele utilizarse el método isométrico de Colcher Sussman-thoms.

Para hacer mediciones pélvicas radiológicas hay ciertas indicaciones las cuales son:

- 1.- Falta de descenso de la presentación con o sin inercia uterina.
- 2.- Presentaciones anormales. Ej. Podálico o transverso.
- 3.- Antes de inducir el trabajo de parto cuando se sospeche estrechez de la pelvis.
- 4.- Lesión pélvica previa debida a traumatismo o enfermedad.

Ventajas y desventajas de la pelvimetría radiológica

2.4.3. DIAMETROS

Dentro de los diámetros de feto tenemos:

I. Biparietal: Es te es muy importante ya que es la medida de lo ancho de la cabeza que va a pasar por el canal del parto y si este diámetro aumenta

tendremos desproporción céfalo-pélvica. Mide más o menos 9.5 cm. si se fijan, un poco menos del diámetro obstétrico.

II. occípito mentoniano: Se dirige del mentón a la parte superior del occipucio y generalmente mide 12.5 cm

III. occipitofrontal: mide 11.5 cm y se dirige de la parte anterior del hueso frontal hacia la parte inferior del occipucio.

IV. Suboccipitobregmático: Se dirige del hueso occipital al bregma o fontanela anterior y mide 9.5 cm.

Otro diámetro incluido en el acetato pero no mencionado por el docente es el diámetro biparietal que mide 8 cm.

También existen otras medidas de la cabeza del feto, entre estas: El perímetro máximo de la cabeza, que corresponde al plano occipitofrontal y mide 34.5 cm y el perímetro menor que corresponde al diámetro suboccipitobregmático que mide 32.0cm.

nota: la clase es lo dado por el docente únicamente, se recomienda leer la bibliografía u otras clases. Además por lo árido del tema es bueno estudiar con imágenes de la pelvis para entender mejor.

2.5. SUFRIMIENTO FETAL

El sufrimiento fetal se define como una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno-fetal, que ocasiona hipoxia, hipercapnia,

hipoglucemia y acidosis. Estas alteraciones provocan un funcionamiento celular anormal que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso muerte fetal.

Los factores causales del sufrimiento fetal pueden ser reversibles (hipotensión materna, efecto hipercontractilidad por uso de oxitócicos), o irreversibles (causa fetal, placentaria o del cordón umbilical).

2.5.1. Sufrimiento fetal agudo

El sufrimiento fetal agudo se establece generalmente durante el trabajo de parto y puede presentarse en una gran variedad de circunstancias relacionadas con problemas o accidentes propios del mismo, en un feto previamente normal, o bien, en un feto con sufrimiento fetal crónico que tiene un episodio agudo durante el trabajo de parto.

2.5.2. Diagnóstico

El diagnóstico de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto se sustenta fundamentalmente en: alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, pudiendo acompañarse de la presencia o no de meconio y alteraciones del pH de la Sangre capilar obtenida del cuero cabelludo fetal (en los centros que cuentan con este último recurso).

La presencia de meconio no es una indicación para la terminación inmediata del embarazo, este signo tiene valor para considerar la indicación de cesárea cuando se acompaña de alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal y cuando ocurren cambios en su coloración y densidad.

La frecuencia cardíaca fetal puede ser evaluada a través de varios métodos: auscultación clínica con estetoscopio de Pinard, equipo Doppler o mediante el registro electrónico con un cardiotocógrafo.

2.5.3. Auscultación clínica

En el caso de utilizar el estetoscopio de Pinard o el equipo Doppler se auscultará la frecuencia cardíaca fetal antes, durante y después del acmé de una contracción uterina, a intervalos de 15 minutos durante el período de dilatación y de 5 minutos durante el período expulsivo.

Se considerarán los siguientes parámetros para evaluar la frecuencia cardíaca:

Basal (normal):

120-160 latidos/min.

Bradycardia:

Leve.- entre 110- 1 19 latidos/min.

Moderada.- entre 100-109 latidos/min.

Severa.- por debajo de 100 latidos/min.

Taquicardia:

Leve.- entre 160 -169 latidos/min.

Moderada.- entre 170-179 latidos/min.

Severa.- mayor de 180 latidos/min.

Mediante la auscultación realizada por personal médico con experiencia, se pueden detectar alteraciones del ritmo de la frecuencia cardíaca fetal como: taquicardia, bradicardia y desaceleraciones.

Se debe considerar la realización de una operación cesárea, cuando exista la asociación de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, detectada por medios clínicos y la presencia de líquido amniótico meconial, sobre todo si existieran cambios en la coloración y/o en la densidad de éste.

2.5.4. Auscultación mediante cardiotocografía

En las unidades de atención que disponen de equipos de cardiotocografía se registrará la frecuencia cardíaca fetal y su relación con las contracciones uterinas.

Las principales alteraciones que pueden observarse son (ver Anexo I).

- Bradicardia menor de 100 latidos/min. mantenida durante 5 min. o más
- Presencia de desaceleraciones tardías o dips tipo II en el 30% o más de las contracciones
- Desaceleraciones variables graves (menos de 70 latidos/min. de más de 60 seg. de duración) en el 50% de las contracciones
- Variabilidad de la curva de 5 latidos/min. o menos por más de 30 min.
- Taquicardia mayor de 160 latidos/min. que persiste por más de 10 min.
- Patrón sinusoidal (con amplitud menor de 5 latidos/ min.), sin observarse movimientos fetales, ni aceleraciones

Se considera la operación cesárea cuando exista la asociación de dos o más de las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal antes señaladas.

2.5.5. Alteraciones en el pH sanguíneo

La determinación del pH sanguíneo fetal, en muestras obtenidas por punción del cuero cabelludo o cordocentesis, es un método que complementa el diagnóstico de sufrimiento fetal, pero al ser un procedimiento invasivo, no está exento de riesgos y complicaciones. Los valores de pH < 7.20 en el periodo de dilatación y de < 7.10 en el periodo expulsivo deben considerarse como indicador de acidosis fetal grave.

2.5.6. Conducta ante la sospecha de sufrimiento fetal agudo

El tratamiento inicial del sufrimiento fetal agudo deberá ser in útero, dependiendo de las causas que lo originaron, por lo que es fundamental la identificación temprana del factor etiológico. La operación cesárea no es la primera opción terapéutica.

2.5.7. El manejo del sufrimiento fetal depende de la naturaleza de su origen:

a) Si el factor causal es reversible:

- Corregir adecuadamente la causa
- Reanimación fetal intraútero
- Una vez recuperado el feto, se puede continuar con el trabajo de parto bajo una estrecha vigilancia

b) Si el factor es irreversible:

- Reanimación fetal intraútero
- Resolución del embarazo por la vía más rápida y menos agresiva para el feto, una vez recuperadas las condiciones fetales

2.5.8. Reanimación fetal intraútero

- a) Colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo

- b) Administrar oxígeno a la madre 8-10 litros/min., para aumentar la presión parcial de este gas en los tejidos fetales
- c) Administrar a la paciente solución glucosada al 10% en venoclisis con un goteo de 60 por minuto, excepto en pacientes diabéticas descompensados las cuales se hidratarán con otra solución
- d) Disminuir la contractilidad uterina

Suspender la oxitocina en los casos en que se estuviera utilizando

Utilizar fármacos útero inhibidores de ser necesario: (terbutalina, fenoterol entre otros), con vigilancia estrecha de signos vitales

2.6. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Es la salida de líquido amniótico, a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares, en embarazo mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 hrs. antes de inicio del trabajo de parto.

2.6.1. Diagnóstico

El diagnóstico clínico se realiza mediante la observación directa de la salida espontánea de líquido amniótico,

A través del orificio cervical en el examen con espejo vaginal, o mediante maniobras que hagan evidente la salida de líquido amniótico como: la compresión

del fondo uterino con una mano, mientras con la otra se rechaza ligeramente la presentación (maniobra de Tarnier) o se le indica a la paciente que puje (maniobra de valsalva); en algunas ocasiones puede ser difícil establecer el diagnóstico y se requiere del apoyo de métodos auxiliares de laboratorio y de gabinete.

2.6.2. Exámenes de laboratorio y gabinete

Los exámenes de laboratorio consisten en el análisis de la muestra del líquido amniótico, tomada del fondo de saco vaginal posterior, en el que se determina: pH, cristalografía, identificación de células naranja y si es factible, fosfatilglicerol, alfafetoproteína y fibronectina fetal.

Los estudios de gabinete incluyen: ultrasonido para determinar la cantidad de líquido amniótico y amnioinfusión, adicionando algún colorante (índigo carmín o violeta de genciana) y la colocación de apósito vaginal para corroborar la ruptura de membranas a través de su tinción.

2.6.3. Conducta ante la ruptura prematura de membranas

La conducta obstétrica en estos casos depende de:

- Tiempo de evolución de la ruptura
- Sospecha o certeza de infección
- Edad gestacional y madurez fetal

- Condiciones obstétricas

Cuando no existe evidencia de infección, se realizará un manejo conservador de la paciente, que deberá incluir: estrecha vigilancia clínica, limitando la práctica de tactos vaginales y la realización de exámenes de laboratorio y gabinete para la detección oportuna de signos y síntomas de infección amniótica y en casos específicos, se requerirá de antibioticoterapia profiláctica y esquema de maduración pulmonar. En general, la atención de la embarazada en estos casos, requiere que la unidad de atención cuente con servicios especializados para la atención del neonato. En aquellos casos en que la ruptura de membranas ocurra entre la semana 26 y 32, se valorará el uso de útero inhibidor.

La conducta obstétrica en los casos de ruptura prematura de membranas, es la siguiente:

- a) Menor de 26 semanas de gestación: interrupción del embarazo por vía vaginal con el consentimiento de la mujer
- b) Entre 26 y 28 semanas de gestación: cuando se cuente con los recursos mínimos para la atención del neonato, se realizará operación cesárea; cuando no se cuente con éstos, preferentemente se buscará el traslado de la paciente a otro nivel de atención, si no es posible, la vía de elección para la resolución del embarazo será vaginal

- c) Entre 29 y 32 semanas de gestación: se realizará operación cesárea

- d) Entre las semanas 33 y 36 de gestación: se valorarán las condiciones obstétricas y se resolverá el embarazo por la vía más favorable

- e) De la semana 37 en adelante: sin trabajo de parto, con el feto en presentación cefálica, flexionada y sin sufrimiento fetal, se inducirá maduración cervical con prostaglandinas durante 12 hrs, con una inducto conducción subsecuente del trabajo de parto con oxitocina. En caso de que no se cuente con prostaglandinas, se mantendrá una actitud expectante durante 24 hrs. en espera del inicio espontáneo del trabajo de parto, de no suceder esto, se procederá a la inducción del trabajo de parto con oxitocina

- f) En caso de que se sospeche infección, debe tomarse una muestra de líquido amniótico para cultivo y antibiograma, y establecer un esquema de antibioticoterapia, de acuerdo a los protocolos del Comité para el uso racional de antibióticos de la unidad hospitalaria, además está indicado resolver inmediatamente el embarazo, independientemente de la edad gestacional y del grado de madurez pulmonar fetal.

Una vez realizado el diagnóstico de corioamnioititis, no existe un plazo temporal para la terminación del embarazo con el fin de evitar complicaciones fetales y maternas; sin embargo, la insistencia en intentar un parto vaginal en estas

pacientes puede resultar potencialmente peligrosa; la conducta propuesta es no esperar más de 6 horas después de establecido el diagnóstico.

2.7. CESAREA

Es la intervención quirúrgica realizada con mayor frecuencia en obstetricia y tiene como objetivo la extracción del producto de la gestación, así como de la placenta y sus anexos, a través de la pared abdominal, mediante la realización de una laparotomía, seguida de una histerectomía, que posteriormente se reparan mediante una histerorrafia y el cierre de la pared abdominal por planos.

Sin embargo, a pesar de los grandes avances en materiales quirúrgicos y anestésicos y la modernización de las técnicas operatorias y anestésicas, la morbimortalidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal.

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer al feto, vivo o muerto, a través de laparotomía e incisión de la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a las 27 semanas.

2.8. CESAREAS PREVIAS

La práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos asociados a la operación cesárea, sin embargo el concepto clásico de "una vez cesárea, siempre cesárea" ha prevalecido en el ámbito médico

por lo que esta condición representa una de las principales indicaciones de esta operación.

De acuerdo a estudios de investigación recientes, la estrategia de ofrecer una prueba de trabajo de parto a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones.

Se considera realizar la prueba de trabajo de parto, en mujeres con cesárea previa, únicamente en unidades de segundo o tercer nivel de atención, con personal capacitado para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse.

Contraindicaciones para la prueba de trabajo de parto en mujeres cesárea previa:

- Antecedente de dos o más cesáreas previas segmento – arciformes
- Antecedentes de cesárea previa segmento-corporal, corporal o presencia de otras cirugías uterinas
- Antecedente de cesárea previa reciente (menor a seis meses)
- Antecedentes de ruptura uterina o dehiscencia de histerorrafia
- Pelvis no útil clínicamente

En embarazos pre-término y pos-termino, gemelares o con productos macrosómicos, se valorará cuidadosamente el caso.

Precauciones durante la Prueba de Trabajo de Parto en pacientes con cesárea previa.

2.8.1. Primer período del parto (dilatación cervical):

- Estar debidamente preparados para realizar una cesárea de urgencia en un lapso menor de 30 min.
- Vigilancia estrecha del trabajo de parto y monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal por medios clínicos: estetoscopio de Pinard o equipo Doppler, o preferentemente con medios electrónicos si se cuenta con este recurso
- Analgesia/anestesia a criterio del médico tratante
- El uso de oxitocina para la conducción, se decidirá únicamente en el segundo o tercer niveles de atención

2.8.2. Segundo período del parto (expulsivo):

Se recomienda la aplicación profiláctica de fórceps o extractor de vacío bajo, en caso de contar con personal entrenado, a fin de abreviar el periodo expulsivo y evitar complicaciones maternas, aunque no se considera un requisito indispensable para permitir un parto por vía vaginal

2.8.3. Tercer período del parto (alumbramiento):

- Vigilancia estrecha del alumbramiento
- Revisión sistemática y cuidadosa de la cavidad uterina incluyendo la histerorrafia previa

2.8.4. Suspensión de la prueba de trabajo de parto

La prueba de trabajo de parto deberá suspenderse bajo las siguientes circunstancias:

- Sospecha de dehiscencia de histerorrafia
- Sufrimiento fetal agudo
- Falta de progresión del trabajo de parto

2.9. INDICACIONES PARA DIAGNOSTICAR UNA CESAREA

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: maternas, fetales o mixtas.

2.9.1. Causas maternas

Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica)

Estrechez pélvica

Pelvis asimétrica o deformada

Tumores óseos de la pelvis

Distocia de partes blandas

- Malformaciones congénitas
- Tumores del cuerpo o segmento uterino, cerviz, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto
- Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas
- Cirugía previa del cerviz, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo de parto

Distocia de la contracción

Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta)

Causas fetales

- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- Prolapso del cordón umbilical
- Sufrimiento fetal

- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Embarazo prolongado con contra indicación para parto vaginal
- Cesárea postmortem

Causas mixtas

- Síndrome de desproporción cefalopelvica
- Embarazo múltiple

2.10. REQUISITOS PREOPERATORIOS

La orientación y consejería en salud reproductiva se deberá iniciar desde la etapa prenatal, haciendo especial énfasis en la prolongación del periodo intergenésico y promoviendo la lactancia materna y el alojamiento conjunto. Estas acciones deberán reforzarse al ingreso de la paciente y durante su estancia en la sala de labor.

Antes de la operación cesárea deberán cubrirse los siguientes requisitos preoperatorios:

- Historia clínica perinatal completa, incluyendo exámenes de laboratorio y gabinete
- Consentimiento informado de la mujer o de un familiar responsable, y firma de la autorización para realizar la operación cesárea. Previamente se informará a

la paciente el motivo de la operación cesárea, así como los riesgos que esto implica, en el caso de que la paciente opte por un método anticonceptivo transcesárea o postcesárea se recomendarán aquellos que no interfieran con la lactancia materna (dispositivo intrauterino medicado con cobre, oclusión tubaria bilateral o anticonceptivos hormonales que sólo contienen progestina) y se deberá contar con el consentimiento informado de la mujer. En el caso de la oclusión tubaria bilateral, por ser un método anticonceptivo permanente se requiere además la firma de consentimiento de la paciente en el formato institucional específico, de acuerdo a los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar

- Nota preoperatoria en el expediente clínico en la que se fundamente la indicación de la operación cesárea; se dejará constancia de haber solicitado una segunda opinión, firmada por los ginecoobstetras responsables (ver Anexo II)
- La decisión de la mujer de que se le practique oclusión tubaria bilateral en la resolución del embarazo no constituye, por sí misma, una indicación para realizar una operación cesárea

2.11. CUIDADOS PREOPERATORIOS

- Los cuidados preoperatorios incluyen:
- Valoración preanestésica
- Ayuno preoperatorio de 8 hrs. o más (cuando el caso lo permita)

- Rasurado suprapúbico y aseo completo, con especial énfasis en la vulva y perineo
- Colocación de sonda vesical
- Disponibilidad de sangre segura y compatible

Los cuidados postoperatorios consistirán en:

- Medición horaria de signos vitales, durante las primeras 4 hrs. y posteriormente cada 8 hrs. hasta el alta de la paciente
- Vigilancia de la diuresis durante las primeras 12 hrs. y del inicio de la micción espontánea, después de retirar la sonda vesical
- Administración de líquidos por vía oral después de 12 hrs; una vez iniciado el peristaltismo intestinal se indicará dieta blanda
- De ambulación paulatina a partir de las 12 hrs. de postoperatorio
- Estrecha vigilancia de la hemorragia transvaginal
- Reforzamiento de la orientación-consejería en salud reproductiva a través de comunicación interpersonal
- Retiro de puntos de sutura totales a los 7 días

2.12. ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CESÁREA

En nuestro país, en los últimos años, el número de operaciones cesáreas ha tenido una tendencia creciente dentro de las instituciones del sector público y

particularmente del sector privado, por lo que se ha considerado necesario establecer estrategias puntuales que contribuyan a disminuir la frecuencia de la operación cuando no está debidamente indicada e implementar un sistema de vigilancia y seguimiento de la operación cesárea con cobertura nacional.

De no tomarse acciones en los niveles interinstitucional e intersectorial, la tendencia indica que la frecuencia de uso de la operación cesárea irá en aumento. Las estrategias deben lograr un descenso gradual del uso de cesáreas innecesarias en el corto plazo.

2.12.1. Vigilancia del indicador hospitalario del número de cesáreas en relación al número de nacimientos

- Revisión y análisis permanente del indicador hospitalario de cesáreas en relación a las metas institucionales establecidas
- Incorporar como una acción sustantiva del Comité Institucional de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal, el análisis periódico, retrospectivo, de la toma de decisión para la indicación de la operación cesárea con la participación del personal médico involucrado
- Establecer procedimientos intrahospitalarios que contribuyan a disminuir el número de cesáreas innecesarias (ver Anexo II)

- Seguimiento de las acciones y compromisos establecidos y retroalimentación al personal de salud de la unidad

2.12.2. Capacitación permanente del equipo de salud sobre las indicaciones de la operación cesárea

- Integrar el Lineamiento Técnico para la Indicación y la Práctica de la Operación Cesárea en el programa de capacitación de cada unidad hospitalaria
- Reforzar la enseñanza del personal médico, incluyendo a los médicos internos y residentes de gineco obstetricia
- Instalar, difundir y utilizar la Biblioteca Electrónica de Salud Reproductiva elaborada por Organización Mundial de la Salud
- Capacitar al personal en el uso de la tecnología perinatal moderna
- Fortalecer la capacitación del personal de salud en técnicas de comunicación interpersonal y de orientación-consejería en salud reproductiva
- Capacitar al personal del primer nivel de atención para realizar control prenatal de calidad, con enfoque de riesgo y detección temprana de signos y síntomas de alarma durante lo gestación
- Capacitar en forma permanente a las porteras tradicionales y a las auxiliares de salud del Programas de Ampliación de Cobertura, en la atención del embarazo, con énfasis en la identificación oportuna de signos y síntomas de alarma; para la referencia oportuna de la mujer con embarazo de riesgo a los unidades de salud

2.13. REQUISITOS PARA EL PARTO VAGINAL CON CESAREA

La paciente debe ingresar al hospital solamente cuando presente inicio del trabajo de parto a no ser que alguna condición médica u obstétrica indique lo contrario. (5)
Existen algunos requisitos que hay que tener en cuenta a la hora de atender un parto vaginal en pacientes con cesárea previa y son:

1-Paraclínicos como hemograma, hemoclasificación, cruce y reserva de 2 unidades de sangre.

2-El trabajo de parto y el parto deben ser monitorizados o con estrecha vigilancia clínica de la frecuencia cardiaca fetal.

3-Sonda Foley para detectar precozmente la presencia de orina hematúrica.

4-Disponibilidad permanente de quirófano para realizar en caso de que así se indique una cesárea de urgencia.

5- Una vena permeable con un catéter adecuado para administrar grandes volúmenes de líquidos o soluciones (5) (23), por lo tanto si se decide ofrecer parto vaginal a las pacientes con cesárea previa la institución debe contar con los elementos necesarios para realizar una cesárea de urgencia.

El parto grama donde demuestra el progreso del trabajo de parto siempre se debe diligenciar y actuar acorde a los resultados del mismo, puesto que la incidencia de ruptura uterina es mayor cuando se ha pasado en tiempo la línea de acción según

la curva de Friedman, esto puede llevar a un aceptable pero poco incremento de las tasas de cesárea pero con beneficios notorios como la disminución de la incidencia de ruptura uterina y la morbilidad materno-fetal. (42) Toda paciente debe tener pleno conocimiento de los procedimientos a realizar al igual que aceptar los riesgos y los beneficios.

Es de anotar que además con una correcta explicación del procedimiento a las pacientes la mayoría (81%) acepta el trabajo de parto. (35) El uso de la pelvimetría radiológica no es necesario para la evaluación de la paciente antes de dar inicio a la prueba de trabajo de parto, siendo un mal predictor e incrementando la tasa de cesáreas en general, práctica se considera que debe ser abandonada. (43) (44)

El monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal es de las medidas más importantes debido a que los cambios de la misma puede ser el signo más precoz de inminencia de ruptura uterina. Se ha planteado que el uso de catéteres intrauterinos durante el trabajo de parto pudiese ayudar a diagnosticar precozmente una ruptura uterina debido a la pérdida de la presión intrauterina

En una revisión de 76 casos de ruptura uterina con 39 monitorizados mediante catéter de presión intra-uterina, demostró que en la mayoría de los casos no se observa el patrón clásico de disminución de la presión dentro del útero y algunas pacientes (10%) presentan incluso incremento de la línea de base, sin observar diferencias en la morbi-mortalidad materno fetal de ambos grupos, por lo tanto no lo aconseja como método de vigilancia subrayando una vez más que el distress fetal es el hallazgo más común (78%) en caso de ruptura uterina. Algunos autores

recomiendan el uso de extractores fetales al vacío para aligerar el periodo expulsivo en las pacientes con cesárea previa.

La revisión digital del segmento uterino a nivel de la cicatriz previa es recomendado por algunos con miras a detectar alguna solución de continuidad y revelar la integridad de la misma posterior al parto o realizarla en caso de indicaciones específicas como dolor abdominal, sangrado vaginal excesivo o atonía uterina. Otros autores no encuentran utilidad a este tipo de procedimiento destacando poca sensibilidad en la detección de ruptura uterina.

El uso de la ultrasonografía, evaluando el grosor del segmento uterino inferior ha mostrado cierta utilidad en estudios prospectivos recientes (55), encontrando que la incidencia de ruptura uterina es inversamente proporcional al grosor del segmento uterino mediante examen ecográfico, con un punto de corte de 3.5 mm, dando así valores predictivos positivos de 11.8% y valores predictivos negativos de 99.3%, sin embargo se considera que faltan más estudios al respecto.

2.14. DESCRIPCION DE LOS TIPOS DE PELVIS

Desde el punto de vista clínico, de especial importancia en obstetricia, la pelvis puede ser clasificada en varios tipos, según su forma:

Pelvis ginecoide (50%).

Es la pelvis más favorable para el parto natural.

- Estrechos. El estrecho superior tiene forma muy ligeramente ovoidea, con el segmento anterior amplio y redondeado igual el segmento posterior y el diámetro transversal en forma redondeada o ligeramente elíptico.
- Sacro. La curva e inclinación del hueso sacro son de características medianas y las escotaduras sacro ciáticas son de amplitud mediana.
- Pubis. El ángulo subpubiano es amplio y redondeado con paredes laterales paralelas y ramas isquípúbicas arqueadas.
- Diámetros. El diámetro interespinoso (biciático) amplio y muy similar al diámetro intertuberoso (bituberoso, entre una tuberosidad isquiática y la opuesta),¹ también amplio, ambos de unos 10.5 cm.

Pelvis androide.

Es la forma característica de la pelvis masculina y cuando se encuentra en mujeres, es más común verlo en la raza blanca. Los diámetros de la pelvis androide se caracterizan por tener un diámetro transversal acortado por la convergencia de las paredes de la pelvis, así como un diámetro antero posterior acortado por la inclinación hacia adelante del hueso sacro.

Estrechos. El estrecho superior tiene forma triangular, el segmento anterior (el arco que forma la cara posterior del hueso púbis) es agudo y estrecho y el segmento posterior (el arco que forma la cara anterior del hueso sacro) amplio, pero aplanado posteriormente y ocasionalmente con salida del promontorio y los alerones del hueso sacro.

Sacro. Escotaduras ciáticas estrechas, inclinación del sacro hacia adelante (en ate versión), las espinas ciáticas son salientes y puntiagudas.

Pubis. Paredes pelvianas convergentes hacia el pubis, siendo más amplia la pared posterior. Las ramas isquiópúbicas rectas, con ángulo subpúbico agudo y estrecho.

Diámetros. Tanto el diámetro interespinoso e intertuberoso son cortos.

Pelvis antropoide.

Tiene la forma de la pelvis ginecoide rotada 90 grados, es decir un óvalo o elipse antero-posterior, común en mujeres de raza negra.

Estrechos. El estrecho superior es oval anteroposteriormente, con el segmento anterior y el posterior largos y estrechos pero ligeramente redondeados.

Sacro. Las escotaduras sacrociáticas son amplias, el hueso sacro es largo y estrecho con una curvatura marcada por inclinación del sacro hacia atrás.

Pubis. Las paredes laterales de la pelvis en dirección al hueso púbico son paralelas una con la otra. El ángulo subpúbico es ligeramente estrecho y las ramas isquiopúbicas levemente arqueadas.

Diámetros. Los diámetros interespinoso e intertuberoso son cortos, mientras que los diámetros anteroposteriores son amplios.

Pelvis platipeloide (3%).

Estrechos. El estrecho superior es oval en sentido transversal, con el segmento anterior y el posterior amplios y redondeados.

Sacro. Las escotaduras sacrociáticas son estrechas, mediana inclinación de la curvatura del hueso sacro.

Pubis. El ángulo subpubiano es muy amplio y redondeado y las ramas isquiopubianas muy arqueadas.

Diámetros. Los diámetros interespinoso e intertuberoso son muy amplios, mientras que los diámetros anteroposteriores son cortos.

2.15. PARTO VAGINAL POR CESAREA

Los partos vaginales después de cesárea (VBAC, por sus siglas en inglés) no son infrecuentes hoy en día. En el pasado se usaba una incisión vertical para la cesárea que cortaba las fibras musculares del útero. Las cesáreas modernas generalmente se practican con una incisión horizontal siguiendo el recorrido de las fibras musculares. El útero mantiene entonces mejor su integridad y puede tolerar las fuertes contracciones del alumbramiento futuro. Por razones cosméticas, la cicatriz de las cesáreas modernas está por debajo de la «línea del bikini».

Actualmente no se admite el viejo aforismo de «después de cesárea, siempre cesárea». A menos que la causa que originó la primera cesárea se mantenga, por ejemplo placenta previa o pelvis estrecha, la conducta aceptada es la de dejar evolucionar el parto y actuar según la evolución.

Otro punto en que se ha desatado una intensa controversia es sobre el derecho de la gestante a elegir la vía del parto, es decir, embarazada que desea, sin causas objetivables que le sea practicada cesárea.

2.16. COMPLICACIONES DE LA CESAREA

Las complicaciones de la operación cesárea se pueden presentar en forma

- Transoperatoria
- Postoperatoria
 - a) Transoperatorias: estas complicaciones pueden ocurrir en la madre, en el feto o en ambos
- Complicaciones maternas: hemorragia, lesiones de intestino delgado o grueso, vejiga, uréter, así como tromboembolismo de líquido amniótico y prolongación de la histerorrafia. La anestesia puede condicionar complicaciones en la madre que pueden ser respiratorias: hipoventilación, depresión respiratoria, edema laríngeo, bronco aspiración, broncoconstricción, paro respiratorio, absorción masiva de anestesia, y cardiovasculares: hipertensión, taquicardia, bradicardia, arritmia, insuficiencia cardíaca y paro cardíaco
- Complicaciones fetales: traumatismos, bronco aspiración, depresión respiratoria
 - b) Postoperatorias: estas complicaciones dependen del momento de su

Presentación y pueden ser:

- 1) Inmediatas: hemorragia, hematoma, lesiones en vejiga, uréter, intestino e Íleo paralítico
- 2) Mediatas: infección puerperal, urinaria, respiratoria, anemia, retención de Restos placentarios o membranas, dehiscencia de la histerorrafia entre otras
- 3) Tardías: ruptura uterina en embarazos subsecuentes y procesos Adherenciales

CONCLUSIÓN:

Da a conocer los antecedentes que van surgiendo durante el embarazo parto y puerperio de la madre y el bebe conociendo también así las variables sometidas a la investigación tomando en cuenta las causas principales por las que la mujer es sometida a una cesáreas con medida preventivas.

Algunos casos por la presencia de anomalías propias de la mujer. En años anteriores se han generalizado con preocupación por que la operación cesárea se realice frecuentemente por otra parte la necesidad médica. Se habla también en nuestro medio de los derechos de la mujer, con respecto a solicitar la realización de una cesárea. Múltiples causas son aludidas no se hará análisis en esta oportunidad se trata de una realidad demostrada en numerosas instituciones

del país y en el diario trabajo de los ginecólogos, Ciertamente la mujer tiene derecho a tomar una decisión informada.

CAPITULO

III

METODOLOGIA

3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Métodos que siguen una investigación científica con elementos como fuente de constatación de la actividad humana que resulta en particular adecuado para informar acerca de los hechos históricos y su comportamiento.

3.1.1. EL PARADIGMA DE LA INVESTIGACIÓN

Se basa en una investigación cuantitativa donde la literatura e primer término y no antecedentes sobre el tema en cuestión a el contexto en el cual se desarrollara el estudio.

En el enfoque cuantitativo toma la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías

Tomando en cuenta los siguientes pasos

Plantea un problema de estudio delimitado y concreto.

Una vez planteado el problema de estudio revisa lo que se ha investigado anteriormente.

Sobre la base de la revisión de la literatura construye un marco teórico

De esta teoría deriva hipótesis

Somete a prueba las hipótesis mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados. Si los resultados corroboran las hipótesis o son congruentes con estas, se aporta evidencia en su favor, se descartan en busca de mejores explicaciones y nuevas hipótesis.

Para obtener tales resultados el investigador recolecta datos numéricos de los objetos, fenómenos o participantes que estudia y analiza mediante procedimientos estadísticos.

Para este enfoque, si se sigue rigurosamente el proceso y de acuerdo con ciertas reglas lógicas, los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad.

Este enfoque utiliza la lógica o razonamiento deductivo, que comienza con la teoría y de estas se derivan expresiones lógicas denominadas hipótesis que el investigador busca someter a prueba.

La búsqueda cuantitativa en la realidad externa al individuo estos nos conducen una explicación sobre cómo se concibe la realidad con esta aproximación a la investigación.

La búsqueda cuantitativa ocurre en la realidad externa al individuo. Esto nos conduce a una explicación sobre cómo se concibe la realidad con esta aproximación a la investigación.

3.2. MÉTODO A UTILIZAR

El método deductivo principalmente se encuentra en el apartado de los antecedentes que se abordaran de general a particular.

Empleando también el método inductivo el cual se llevara a cabo en el apartado de la metodología con la elaboración de instrumentos como cuestionarios específicos, concretos para que la muestra conteste de manera correcta.

El método analítico especifica en tiempo y lugar así como las estadísticas se analizaran así como a los sujetos de estudio, los instrumentos previamente elaborados para así poderse comprobar la hipótesis planteada anteriormente en dicha investigación se señala.

Se utilizara además el método sintético en esta investigación ya que se empleo el apartado del marco teórico ya que se sintetizo la información encontrada de una manera adecuada en cada una de estas teorías relacionadas con el tema de esta investigación.

3.3. UNIVERSO O POBLACIÓN

Casos que concuerdan con determinadas especificaciones.

La presente investigación se llevara a cabo el Hospital de Nuestra Señora de la salud ubicado en la zona céntrica de la ciudad de Morelia Michoacán con domicilio Ignacio Zaragoza.

El cual toma forma de G cuenta con tres pisos distribuidos en diversas áreas así como generales y privados ginecoobstetricos, unidad toco quirúrgica, cuneros, ucin, medicina interna hombres, medicina interna mujeres, neurocirugía, clínica privada, terapia intensiva. Quirófano, hemodiálisis, pediatría, psiquiatría, consulta externa, urgencias, banco de sangre rx, laboratorios, patología, farmacia, cocina, lavandería.

Límite de la población. Toda mujer embarazada que curse el tercer trimestre de embarazo del hospital de nuestra señora de la salud en edades de 15-25 anos en edad reproductiva durante el tercer trimestre de marzo a mayo 2008.

3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de son pacientes en edad reproductiva de 15-25 años que cursan el tercer trimestre de embarazo

Las unidades Secundarias la investigación se llevara a cabo a los médicos especialistas y enfermeras titiladas de esta institución.

3.4.1 MUESTRA SELECCIÓN DE MUSTRA

Los instrumentos de recolección de información son herramientas que permitirá darle un concepto científico a esta investigación dará resultados y datos

importantes que permitirán comprobar la hipótesis que en esta investigación se plantea.

Se tomaran 26 personas en donde se tomaran en cuenta los médicos especialistas enfermeras tituladas y pacientes embarazadas cursando el tercer trimestre de embarazo de 15-25 años que seles realizara cesárea.

Universo: N=200

n= incógnita tamaño de muestra= 26.13

z= nivel de confianza= 90%

e= precisión o error= 15%

p= variabilidad positiva= 0.5

q=variabilidad negativa= 0.5

Primera formula.

$$n = \frac{Z^2 pqN}{Ne^2 + Z^2 pq}$$

3.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION

El instrumento principal será aplicado en Morelia Michoacán calle Ignacio Zaragoza colonia centró. En el hospital de nuestra señora de la salud a las tituladas que laboran en esta institución.

Estos instrumentos se aplicaran a las unidades de análisis ya mencionadas y descritas anteriormente (pacientes, enfermeras y médicos) además de los instrumentos ayudan a las variables del estudio para que estas sean comprobadas

El instrumento utilizado es el cuestionario escrito para ser resuelto sin intervención del investigador este proceso es un paso importante para conseguir un numero grande de preguntas y con ellas ir descubriendo prejuicios todo ello se hace con el objeto de preparar el contenido definitivo para el cuestionario con la formulación de preguntas.

Clasificación de categorías en un cuestionario son:

Abierta.- son aquellas en las cuales el informante responde con su propio vocabulario.

Cerradas.- este se subdivide en dicotómicas y tricotómicas esto significa que pueden ser contestadas por un “no” o “si” y en los últimos casos con un “no se” o “sin opinión”

De elección múltiple.- estas permiten un cierre de matices fijados de antemano estos a su vez pueden ser de abanico y de estimación.

También se realiza una tabla de niveles o valores de las respuestas del instrumento para poder proceder a calcular la media en esta investigación se usaron los siguientes parámetros:

Siempre: 10

Casi siempre: 9

A veces: 8

Casi nunca: 7

Nunca: 6

3.6 CONFIABILIDAD

Grado de el instrumento para obtener resultados consistentes y coherentes.

Esta investigación se formula donde el margen error va de .5 hasta 26 como margen de erro.

Si la aplicación de los resultados de las diferentes aplicaciones es altamente positiva el instrumento se considera confiable que va de acuerdo con la medición de las diferentes variables.

3.7 VALIDEZ

Grado del instrumento que mide la variabilidad que se pretende alcanzar.

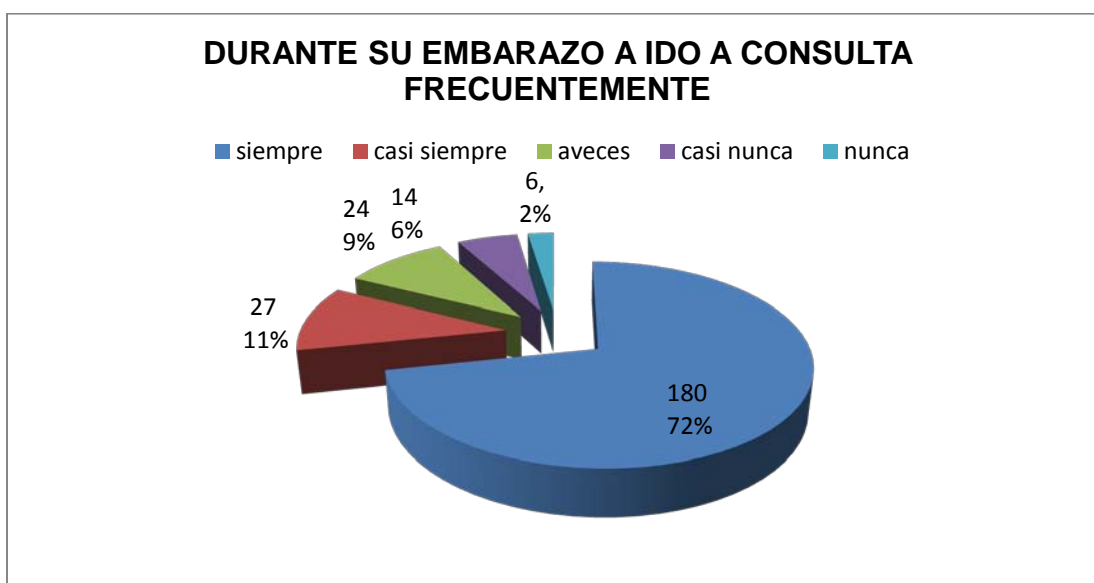
CAPITULO

IV

INTERPRETACION DE
RESULTADOS

El presente capítulo trata de la descripción de resultados en las encuestas aplicadas a diferentes pacientes. La primera parte fue a mujeres primigestas en edades de 15-25 años con desproporción cefalopelvica agrupando resultados por pregunta y graficando los porcentajes.

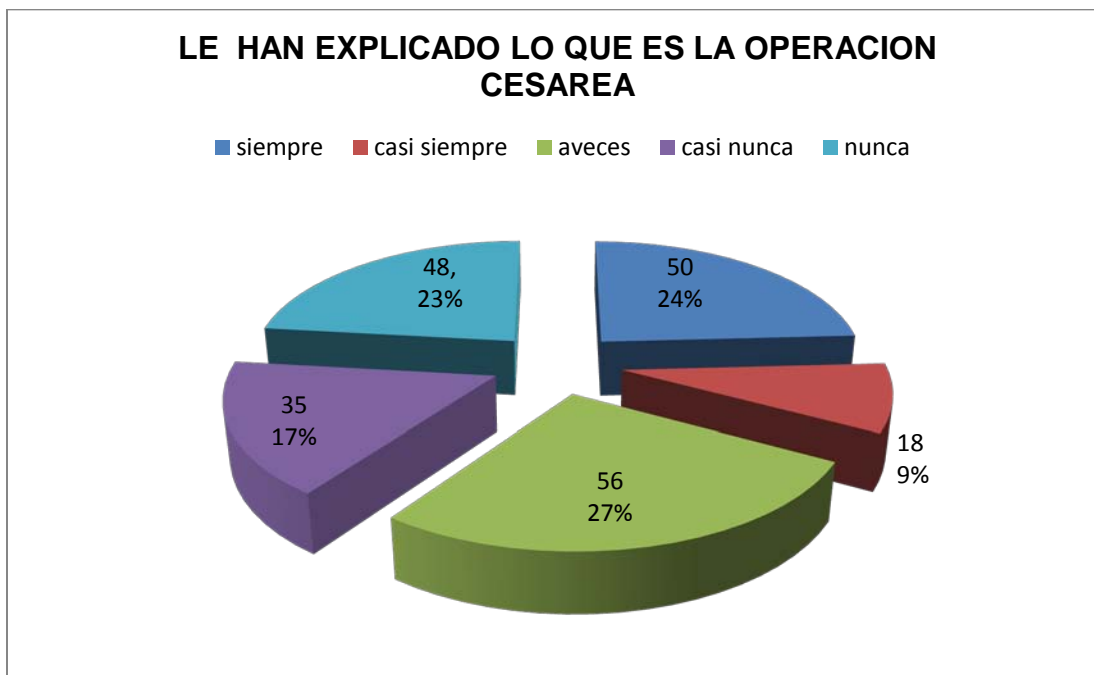
Figura 1



Observando esta primera cuestión tiene su mayor porcentaje de 72% lo que significa que acuden con frecuencia al ginecólogo a control prenatal 11% Son con regularidad y las que de verdad no ponen interés son el 2% la mínima cantidad.

Por lo regular la mayoría de las pacientes cursan su embarazo con un buen control prenatal.

Figura 2



En esta cuestión se toma en cuenta que por lo regular las pacientes que si tienen la mínima información como el mayor porcentaje es 27% un porcentaje medio de donde le han explicado a las pacientes qué significado tiene la cesárea. 23, 24% que es buen numero de muestra a realizar y un mínimo es el 9%. considera que casi siempre se les da información sobre lo que es una cesárea.

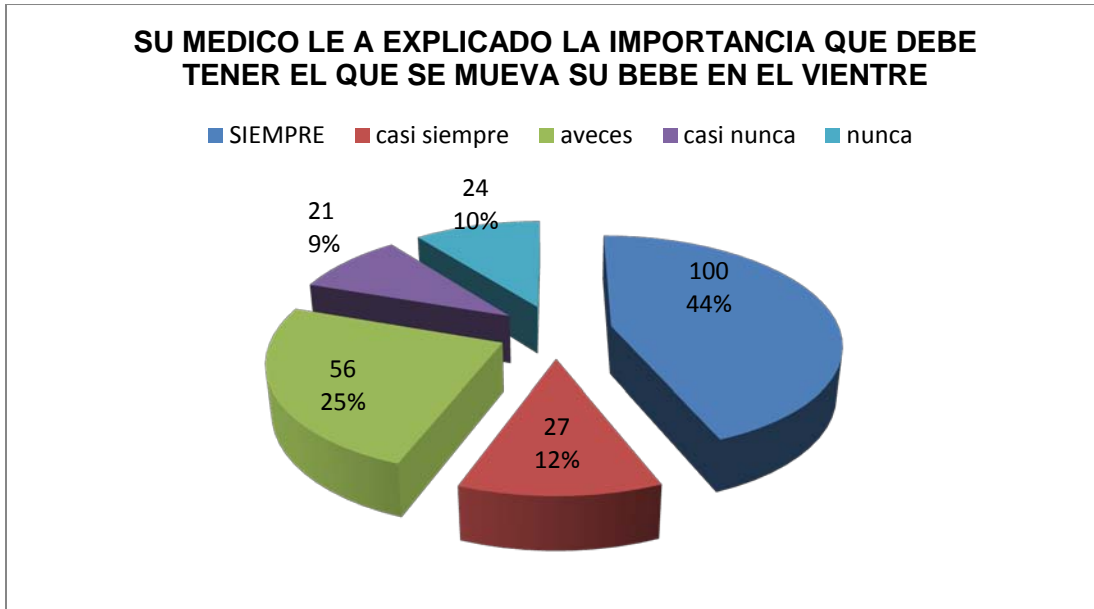
Figura 3



Con la opinión de las personas se obtienen resultados favorables con un 36% de información obtenida de las pacientes así mismo 8% de las personas opinan que casi siempre les explican de manera breve, el 25% dice que casi nunca le han explicado.

En conclusión la cesárea siempre se debe explicar a toda paciente que es lo que se le va a realizar.

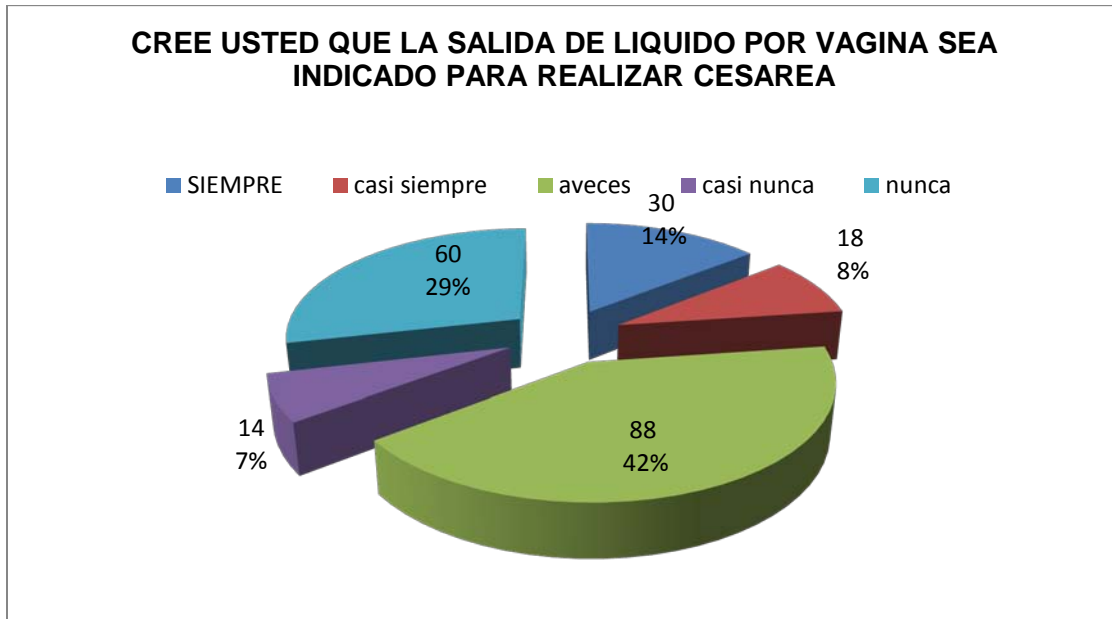
Figura 4



De acuerdo con los parámetros la mayoría de las pacientes están de acuerdo en el total de las respuestas a la interrogación. 44% que siempre les han explicado el objetivo de tener en cuenta el que se mueva el bebe en el vientre 25% dice que en ocasiones 12% casi siempre y solo una menoría como el 10% no están enteradas de lo que puede ocasionar.

El médico es el primero que debe explicar a la paciente todo procedimiento que se le va a realizar.

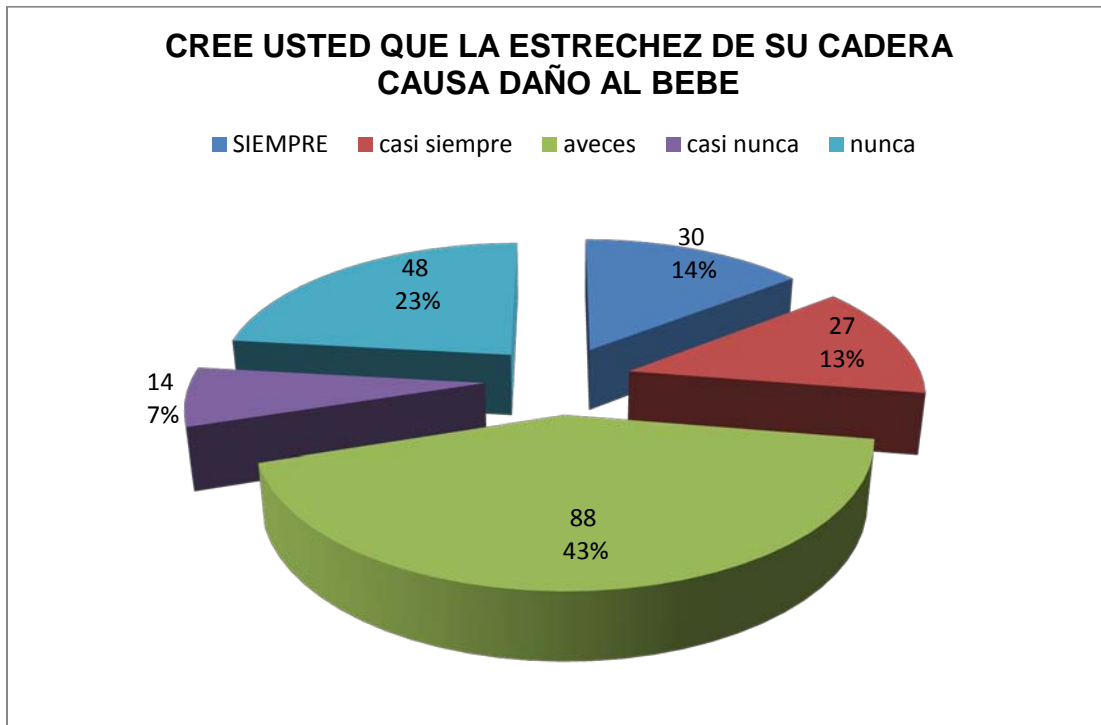
Figura 5



42% de la información en que a veces es una señal de indicación para realizar una cesárea 29% de las pacientes esta por enteradas del tema pero aun no del todo en información pero si consideran importante valorarse.14% nunca toman en cuenta la salida de liquido transvaginal hasta no consultar con el médico y tampoco que sea señal de alarma para realizar una cesárea.8% de las pacientes se estan informadas pero considerando que son de una área rural y de igual forma analfabetas 7% de las pacientes contesto que casi nunca se dan cuenta.

Siempre es importante acudir a control prenatal para valorar el embarazo.

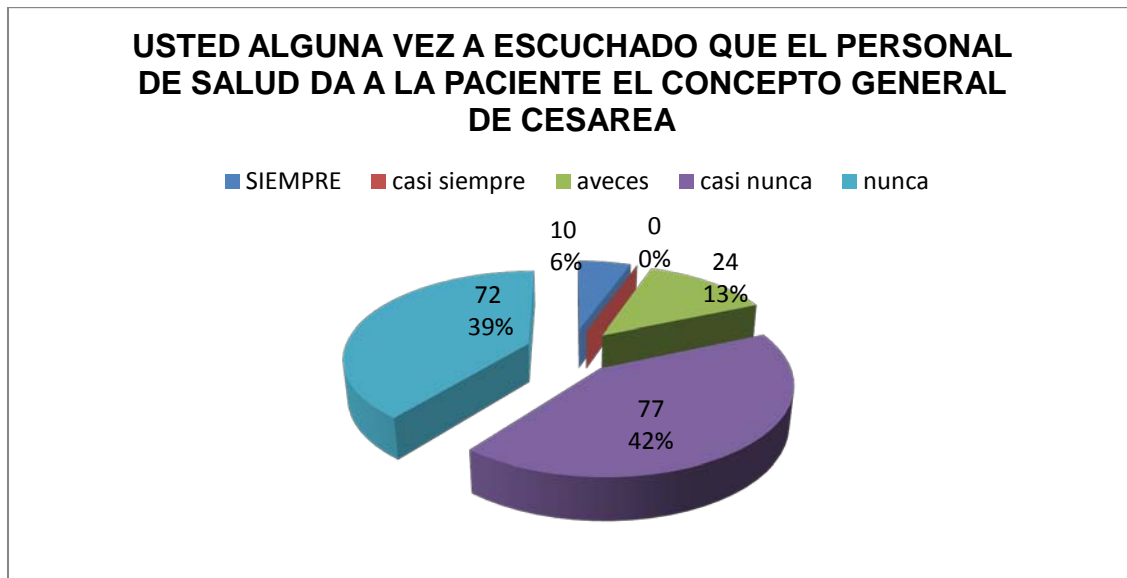
Figura 6



El 43% de las pacientes que fueron encuestadas contestaron que a veces ya que el bebe no puede pasar por el canal del parto y sufre hipoxia. 23% contestó que no tienen porque sufrir el bebe ya que si existe estrechez pélvica el médico realiza cesárea y no tiene porque sufrir el bebe. El 14% contestó que si sufre el bebe ya que no se puede encajar el bebe. El 13% contestó que casi siempre sufre el bebe ya que no puede pasar por el canal del parto y sufre sufrimiento fetal. El 7% contestó que casi nunca sufre el bebe ya que el médico le pide a la paciente que se haga una pelvimetria radiológica para saber si existe estrechez pélvica y si lo esta se realiza cesárea para evitar que sufra el bebe.

La estrechez pélvica no debe causar daño al bebe ya que el médico debe mandar a la paciente a que se realice una pelvimetria radiológica antes de que se presente el trabajo de parto.

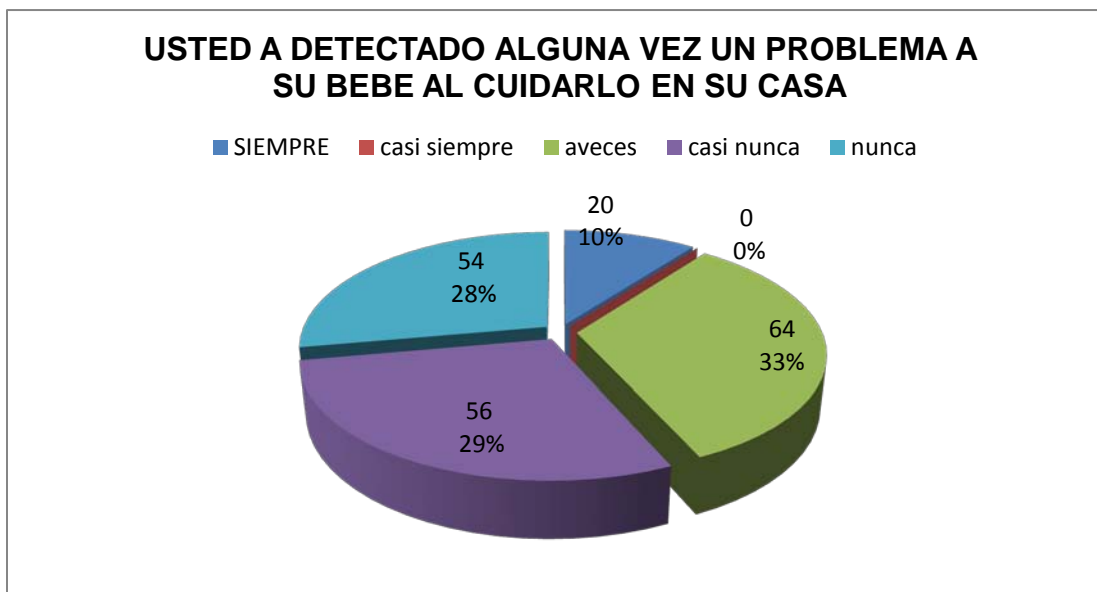
Figura 7



El 42% de la paciente encuestadas contestaron que nunca el personal de salud les ha explicado lo que es una cesárea. El 39% contestó que nunca el médico ha explicado lo que es la cesárea y es la obligación del médico explicar el motivo de la cesárea. El 13% contestó que a veces le han explicado un poco sobre lo que es la cesárea y en qué consiste. El 6% contestó que siempre el médico le ha explicado en qué consiste la cesárea

Todo personal de salud debe explicarle a la paciente que es la cesárea y en qué consiste.

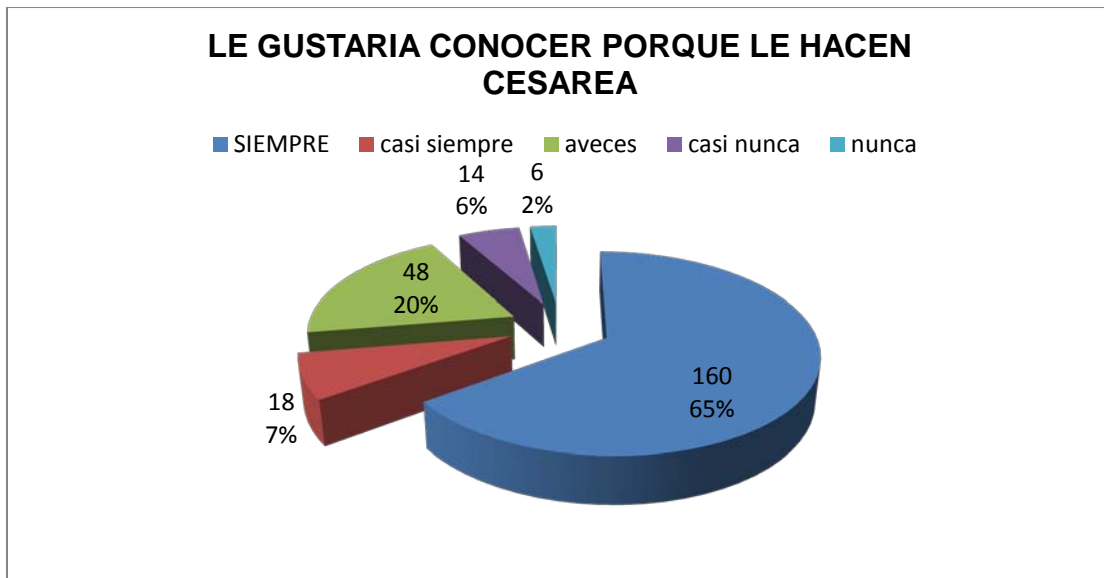
Figura 8



El 33% de las pacientes que fueron encuestadas contestaron que a veces revisan a su bebe y si nota algo raro en su bebe inmediatamente llevan a su bebe a revisión con el pediatra. El 29% contesto que casi nunca han revisado a su bebe ya que no es necesario. El 28% contesto que nunca ha revisado a su bebe hasta el momento que presenta algo anormal lo llevan a consulta con pediatra El 10% contesto que siempre revisan a su bebe para evitar complicaciones.

Toda madre tiene la obligación de revisar a su bebe antes de llevárselo a casa para evitar problemas.

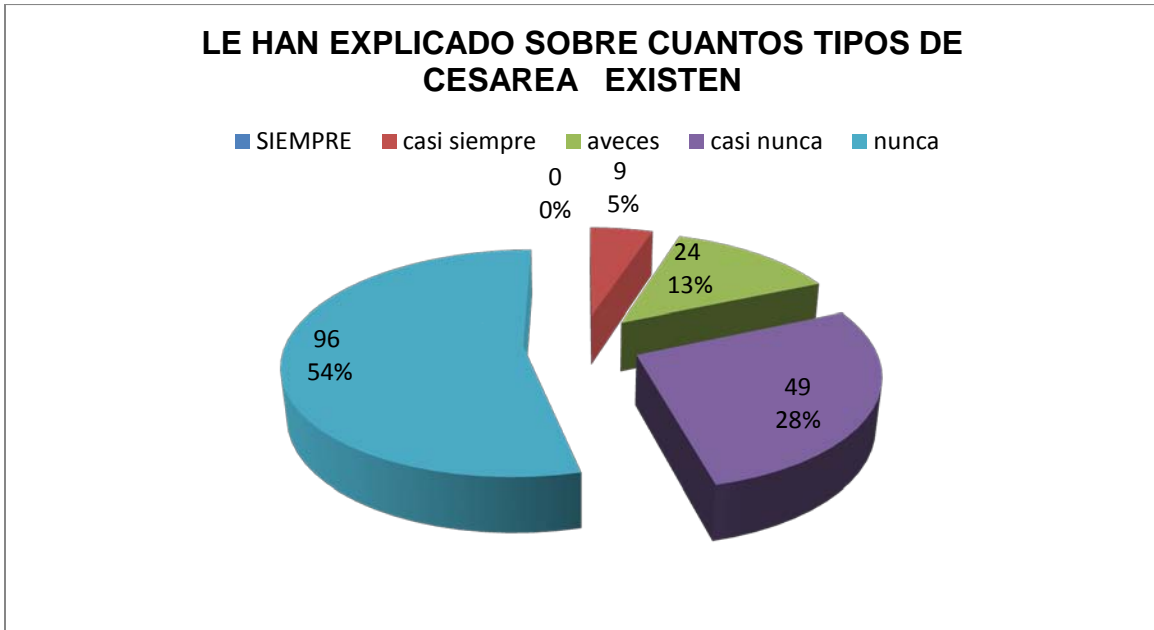
Figura 9



65% de las pacientes considera que si les gustaría saber el porqué le realizan una cesárea.20% considera que solo en ocasiones es importante conocer el que se le va a realizar.7% considero que casi siempre está bien el que expliquen qué es lo que se va a realizar.6% están considerando en que de alguna manera es importante obtener información sobre todo procedimiento.2% no toman el cuenta el que procedimiento es el que se le va a realizar.

Es importante valor nuestro cuerpo ya que es único y también debemos considerar la información necesaria para todo procedimiento que se nos va a realizar.

Figura 10



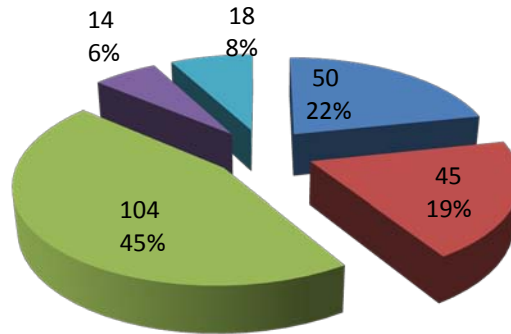
El 54% de las pacientes considero que nunca le han explicado sobre cuántos tipos de cesárea existen.28% considero que casi nunca le han explicado los tipos de cesárea existentes.13% solo a veces le han explicado sobre el tema 5% que es una mínima de las personas que están por enteradas.

Toda madre tiene obligación de pedir orientación sobre que se le va a realizar.

Figura 11

CREE USTED QUE SI LE REALIAN CESAREA PUEDE HABER COMPLICACONES

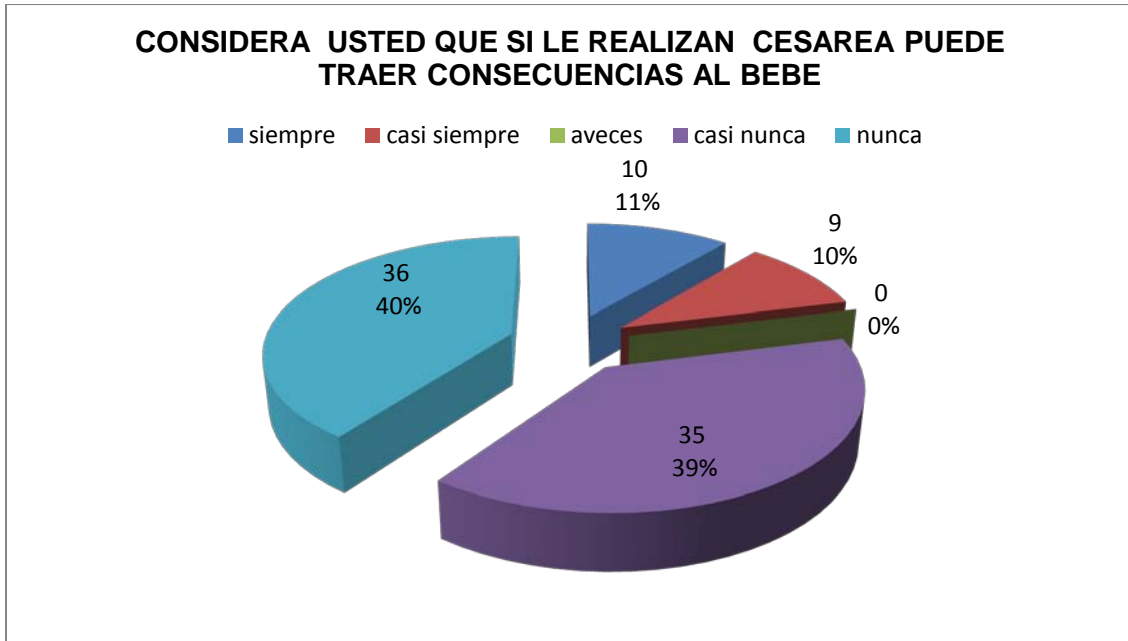
■ SIEMPRE ■ casi siempre ■ aveces ■ casi nunca ■ nunca



45% consideran que a veces se pueden tener complicaciones pero también depende del cuidado propio de la mujer.22% considera que al realizar una cesárea si existen complicaciones propias.19% afirmaron que casi siempre la cesárea trae consecuencias.8% consideran que nunca hay complicación.6% consideran que casi nunca hay complicación.

En general la complicación dependería de la reacción del cuerpo de cada mujer y los cuidados que tenga.

Figura 12

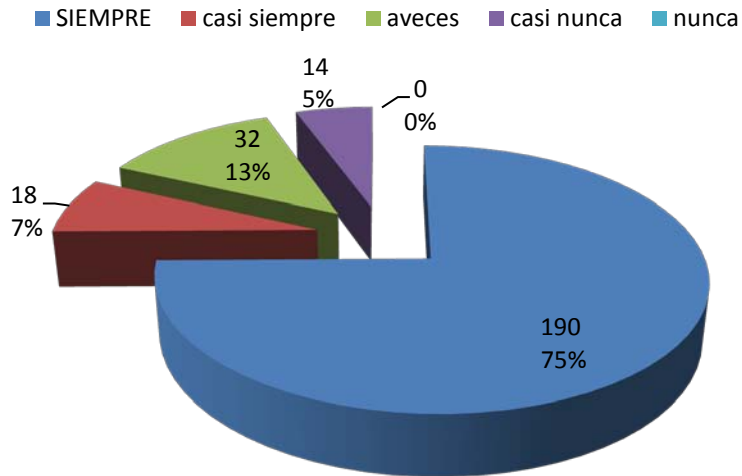


40% consideraron que nunca al realizar una cesárea trae consecuencias al bebe.39% tomaron en cuenta que casi nunca trae consecuencia al bebe al realizar una cesárea.11% afirman que si trae una cesárea consecuencia al bebe.10% consideran que casi siempre existe consecuencia en el bebe.

La operación cesárea no siempre trae consecuencia ya que cada organismo reacciona diferente y a cualquier situación.

Figura 13

CONSIDERA IMPORTANTE QUE LE DEN A USTED UNA ORIENTACION ANTES E REALIZAR EL PROCEDIMIENTO OPERATORIO.



75% Considera que es importante la orientación antes de un procedimiento operatorio. 13% considera que a veces es importante la orientación antes de un procedimiento operatorio. 7% considera que casi siempre es importante la orientación antes de un procedimiento operatorio. 5% consideran que casi nunca es importante la orientación antes de un procedimiento operatorio.

Se tiene pues que a pesar de que la gran mayoría opina que la orientación operatoria es importante antes de que se realice, de igual forma se observa que las minorías restantes no valoran esa información como indispensable creando una ignorancia dentro de la población que pone en riesgo la vida de la paciente al no conocer los riesgos de cualquier procedimiento.

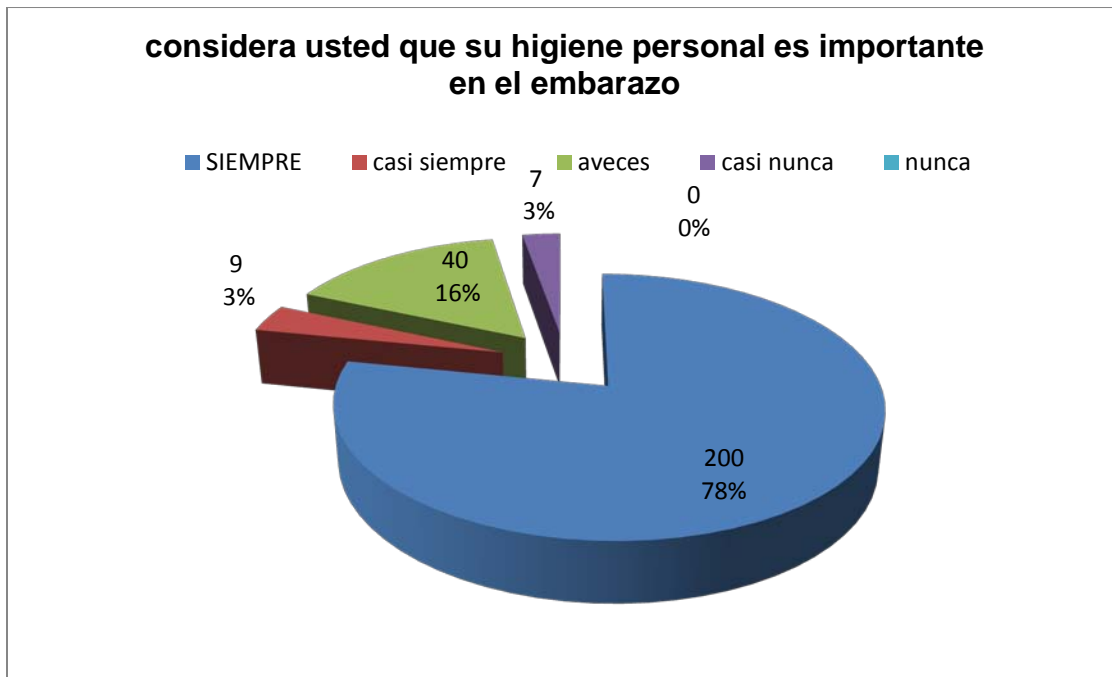
Figura 14



79% considera que siempre es importante la vigilancia del embarazo por un ginecólogo. 9% considera que a veces es importante la vigilancia del embarazo por un ginecólogo. 5% considera que nunca es importante la vigilancia del embarazo por un ginecólogo. 4% considera que casi nunca es importante la vigilancia del embarazo por un ginecólogo. 3% considera que a veces es importante la vigilancia de embarazo por un ginecólogo.

Esta pregunta deja claro la desinformación de las personas sobre el cuidado prenatal la cual es favorable para una evolución adecuada.

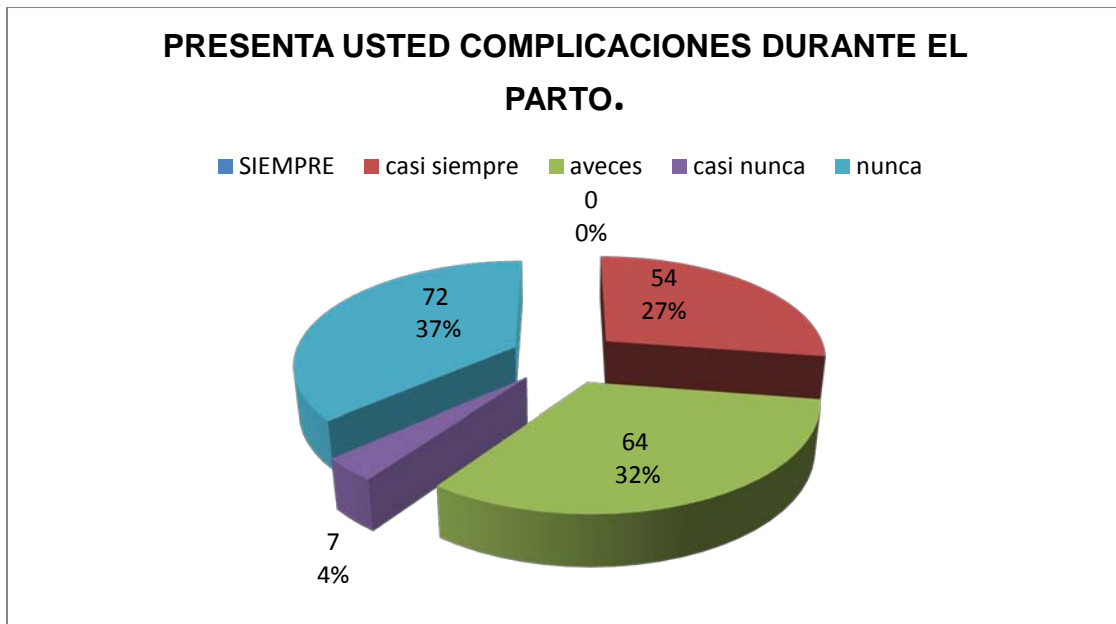
Figura 15



78% considero que siempre es importante la higiene personal en la mujer embarazada.16% considero que solo algunas veces es importante la higiene personal.3% de las pacientes encuestadas consideran que casi siempre es importante.

La realidad es que si es muy importante la higiene personal ya que habla bien de ella. Así mismo previene enfermedades maternas fetales y mejora el rendimiento físico.

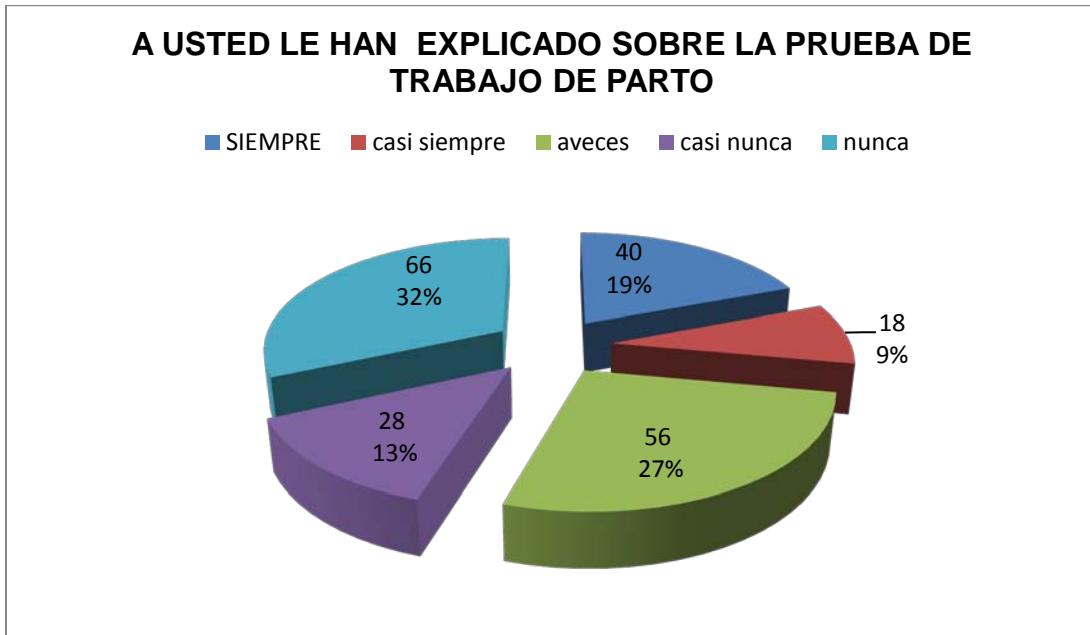
Figura 16



37% considera que durante su embarazo nunca ha presentado complicaciones durante el parto. 32% solo algunas veces presentan complicaciones durante el parto. 27% considera que por lo regular siempre presentan complicaciones. 4% casi nunca son pacientes que por lo regular llevan un buen control.

Por lo general las complicaciones durante el parto se dan a las pacientes primigestas y que de alguna forma no acuden con frecuencia a consultas médicas.

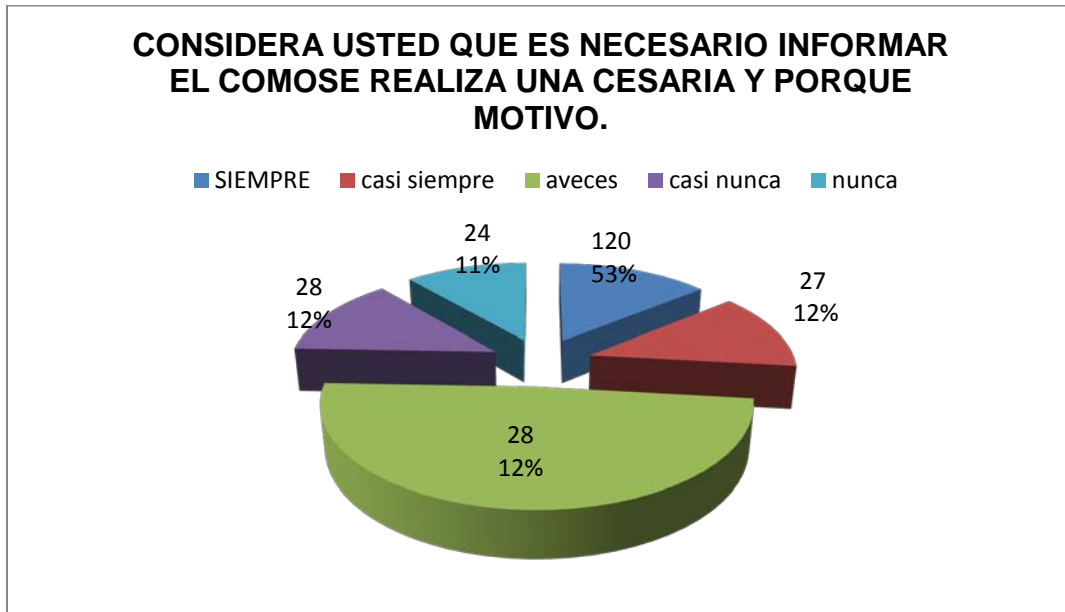
Figura 17



32% de las mujeres opinan que nunca le han explicado sobre la prueba de trabajo de parto. A un 27% opinan que solo en ocasiones que se han llegado a presentar. Un 19% de las personas opinaron que siempre le han explicado el resto que son 13% y el 9% en realidad no saben solo en ocasiones les brindan información.

El explicar sobre que es la prueba de trabajo de parto es muy importante ya que se preparan psicológicamente las pacientes para el procedimiento al que van a ser sometidas.

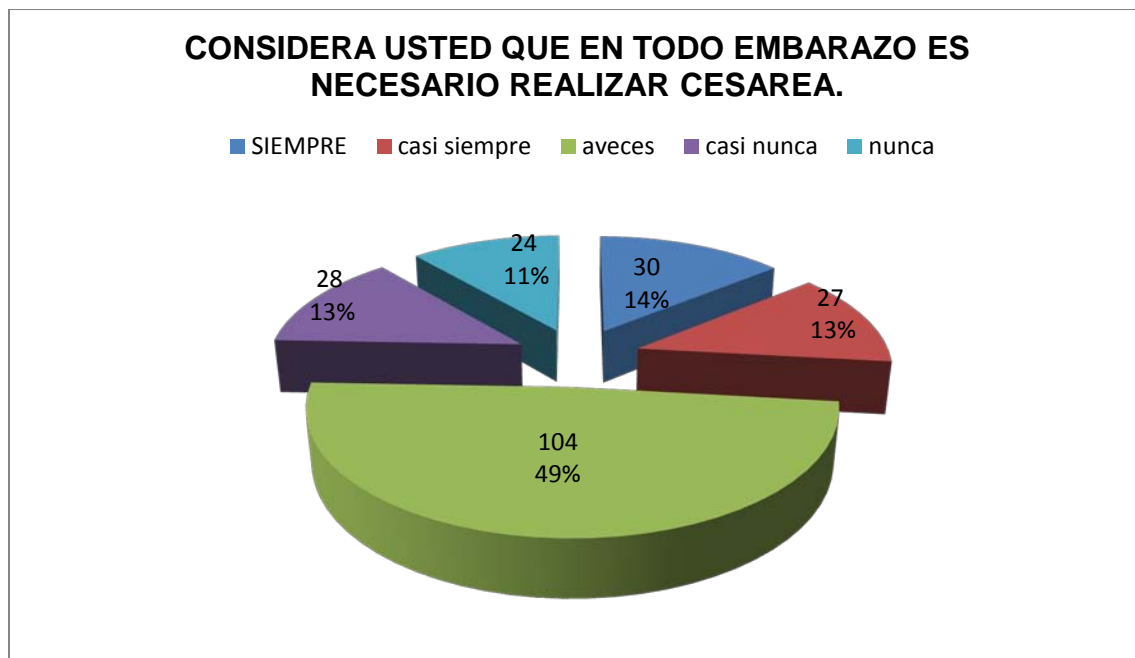
Figura 18



53% consideran que es necesario que informen sobre el cómo se realiza una cesárea y que consecuencias traen. Un 12% consideraron que algunas veces es necesario ya que muchas personas en realidad no tienen el empeño por saber. Y un 11% consideran no saberlo.

Es necesario saber sobre los procedimientos quirúrgicos a los que se va a someter una paciente y que de alguna forma aunque ellos no pongan de su parte por saber el deber del sector salud es explicar al paciente lo que se le va a realizar.

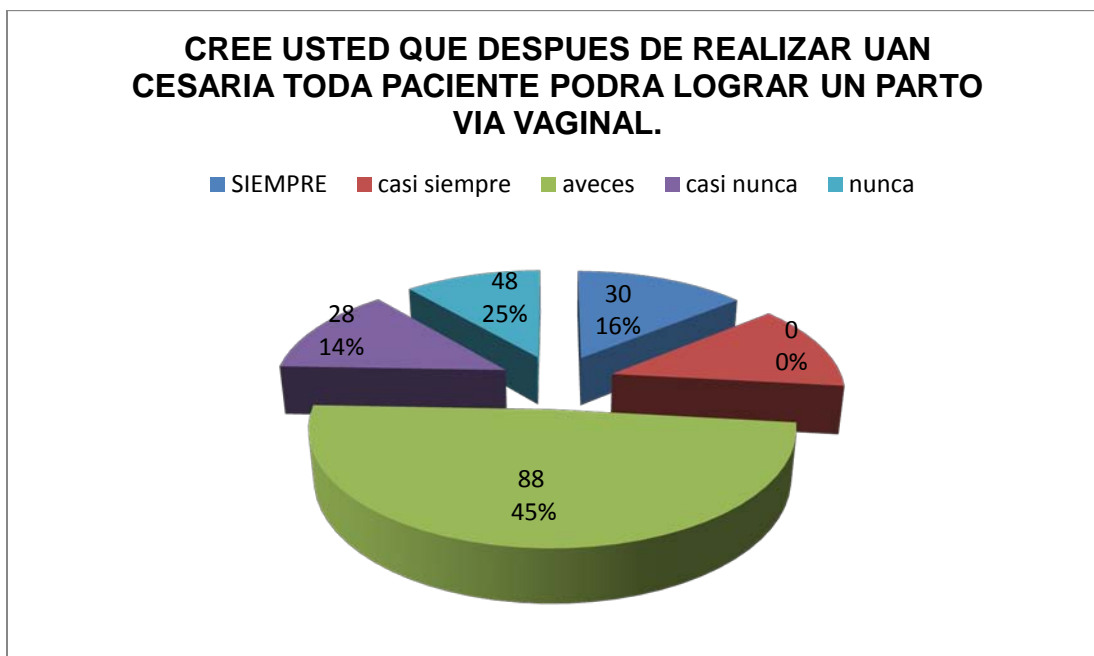
Figura 19



49% consideraron que algunas veces cuando ya la paciente ha tenido intervenciones quirúrgicas anteriores si es necesario. 13% de las pacientes opinaron que casi siempre se les debe realizar. Y solo un 11% consideraron que nunca es necesario.

Al considerar que en el embarazo solo es necesaria que las pacientes sean intervenidas al procedimiento quirúrgico cuando presenten complicaciones maternas fetales y por decisión propia de la misma paciente.

Figura 20



45% de las pacientes consideran que si se puede lograr un parto vía vaginal. 25% considero que nunca se puede lograr un parto vía vaginal y 16% de las pacientes consideran que siempre es después de una cesárea toda paciente logra una cesárea.

Se considera que la toda paciente después de una cesárea puede realizar una cesárea pueden lograr un parto vía vaginal siempre y cuando se cuiden por lo menos un tiempo determinado para lograr un buen embarazo.

CAPITULO

V

CONCLUSIONES

5.1 CONCLUSIÓN.

La presente investigación trata acerca del procedimiento de la operación cesárea al ser realizada en mujeres primigesta. De 15 a 25 años en edad reproductiva al presentar complicaciones tomando en cuenta como principal la desproporción céfalo pélvico. En el Hospital de Nuestra Señora de la Salud d la ciudad de Morelia Michoacán

En el primer capítulo data los antecedentes históricos de cómo ha ido surgiendo la operación cesárea y que durante muchos años se ha venido utilizando con la finalidad de disminuir la mortalidad materno fetal, con la ayuda de un gineco Obstetra que son elegidos principalmente por la propia paciente embarazada y que su objetivo es lograr un buen trabajo de parto y evitar complicaciones que exponen a la paciente a un procedimiento quirúrgico.

El objetivo principal de la investigación fue conocer las causas y complicaciones a la paciente tomando en cuenta los beneficios de madre e hijo.

En el capítulo dos las variables de una investigación como fue la desproporción cefalopelvica como causa principal de una cesárea consistiendo así en que la mujer tiene los estrechos de la pelvis mas grandes. Para evitar todo eso se debe llevar un buen control prenatal para evitar complicaciones durante el embarazo parto y cesárea.

En el capítulo tres sigue la investigación logrando los objetivos propuestos y la hipótesis para resolver el problema que sea planteado

Los instrumentos principalmente son aplicados a pacientes que acuden a consultas al Hospital de Nuestra Señora de la Salud y de igual forma médicos especialistas que laboran en la misma institución donde cada cuestionado quiere un porcentaje.

5.2 SUGERENCIAS

Médicos ginecólogos que tomen en cuenta los valores dinámicos oportunamente a la mujer embarazada que puede ser sometida a una cesárea y que realmente se desempeñe el valor ético.

Enfermeras poner más empeño en la prevención de la salud y detención de las complicaciones de una cesárea dándolo a conocer a las pacientes pero en especial a la mujer embarazada.

5.3 LINEA DE INVESTIGACION

Control prenatal

Desarrollo de complicaciones preoperatorias

Previa cita al ginecólogo

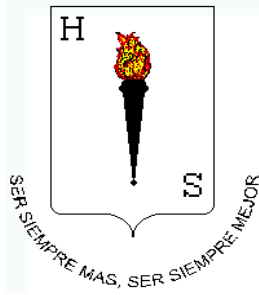
Planificación familiar

Detección de malformaciones congénitas

5.4 APENDICE I

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8722



Dirigido a pacientes

Investigador responsable Arcelia Yepiz Torres

Objetivo el presente instrumento es realizado con la finalidad de conocer cuando es necesario realizar en la mujer primigesta de 15-25 de edad la operación cesárea.

Instrucciones Lea de la manera más atenta las siguientes preguntas marcando con una "x" la respuesta correcta.

1. ¿Durante su embarazo ha ido a consulta frecuentemente?
a. Siempre b. Casi Siempre c. A Veces d. Casi nunca e. Nunca
2. ¿Le han explicado lo que es la operación cesárea?
a. Siempre b. Casi Siempre c. A Veces d. Casi nunca e. Nunca
3. ¿Le han practicado cesárea cuando sea embarazado?
a. Siempre b. Casi Siempre c. A Veces d. Casi nunca e. Nunca
4. ¿su médico le ha explicado la importancia que debe tener el que se mueva su bebe en el vientre?
a. Siempre b. Casi Siempre c. A Veces d. Casi nunca e. Nunca
5. ¿Cree usted que la salida de líquido por vagina sea indicado para realizar una cesárea?

a. Siempre b. Casi Siempre c. A Veces d. Casi nunca e. Nunca

6. ¿cree usted que la estrechez de sus caderas causa daño al bebe?

a. Siempre b. Casi Siempre c. A Veces d. Casi nunca e. Nunca

7. ¿usted alguna vez ha escuchado que el personal de salud da a la paciente el concepto general de cesárea?

a. Siempre b. Casi Siempre c. A Veces d. Casi nunca e. Nunca

8. ¿Usted ha detectado alguna vez un problema a su bebe al cuidarlo en su casa?

a. Siempre b. Casi Siempre c. A Veces d. Casi nunca e. Nunca

9. ¿Le gustaría conocer porque le hacen cesárea?

a. Siempre b. Casi Siempre c. A Veces d. Casi nunca e. Nunca

10. ¿Le han explicado sobre cuántos tipos de cesárea existen?

a. Siempre b. Casi Siempre c. A Veces d. Casi nunca e. Nunca

11. ¿Cree usted que si le realizan cesárea puede haber complicaciones?

a. Siempre b. Casi Siempre c. A Veces d. Casi nunca e. Nunca

12. ¿Cree usted que al realizar una cesárea puede traer consecuencias al bebe?

a. Siempre b. Casi Siempre c. A Veces d. Casi nunca e. Nunca

13. ¿Considera importante que le den a usted una orientación antes de realizar el procedimiento operatorio?

a. Siempre b. Casi Siempre c. A Veces d. Casi nunca e. Nunca

14. ¿Considera usted importante la vigilancia de su embarazo por un ginecólogo?

a. Siempre b. Casi Siempre c. A Veces d. Casi nunca e. Nunca

15. ¿Considera usted que su higiene personal es importante en el embarazo?

a. Siempre b. Casi Siempre c. A Veces d. Casi nunca e. Nunca

16. ¿Presenta usted complicaciones durante el parto?

a. Siempre b. Casi Siempre c. A Veces d. Casi nunca e. Nunca

17. ¿A usted le han explicado sobre la prueba de trabajo de parto?

a. Siempre b. Casi Siempre c. A Veces d. Casi nunca e. Nunca

18. ¿Cree usted necesario informar el cómo se realiza una Cesárea y porque motivo?

a. Siempre b. Casi Siempre c. A Veces d. Casi nunca e. Nunca

19. ¿Considera usted que en todo embarazo es necesario realizar una cesárea?

a. Siempre b. Casi Siempre c. A Veces d. Casi nunca e. Nunca

20. ¿Cree usted que después de realizar una Cesárea toda paciente podrá lograr un parto vía vaginal?

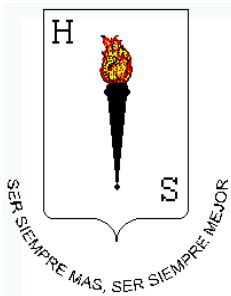
a. Siempre b. Casi Siempre c. A Veces d. Casi nunca e. Nunca

¡MUCHAS GRACIAS POR SU APOYO!

5.5 APENDICE II

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8722



Dirigido a médicos especialistas y enfermeras tituladas.

Investigador responsable Arcelia Yepiz Torres

Objetivo El presente instrumento es realizado con la finalidad de recabar datos sobre la aplicación de la ginecología y obstetricia en el hospital de nuestra señora de la salud siendo así la presente información confidencial.

Instrucciones: Le pido de favor sea tan amable de responder las siguientes preguntas.

1. ¿Sería tan amable en describir su concepto sobre la Cesárea?
2. ¿Cuál es su objetivo principal para realizar una Cesárea?
3. ¿De la manera más atenta mencione algunas complicaciones de la Cesárea?

4. ¿Tenga la amabilidad de definir su concepto sobre la desproporción cefalopelvica?

5. ¿Considera usted que la pelvis de tipo platipeloide es apropiada para realizar una Cesárea y porque?

¡MUCHAS GRACIAS POR SU APOYO!

5.6 REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS CITADAS

1-GABERT H A, BEY M. History and development of cesarean operation. *Obstet Gynecol Clin of N.A.* 1988; 4:591-736

2-HARLEY J. Operación Cesárea. *Clin Ginecol Obstet.* 1980;3:525-54

3-JUBIZ A. Cesárea. p 413-420 EN: Botero J., -----, Henao G. *Texto Integrado de Obstetricia y Ginecología.* 4ed. Cali : Carvajal, 1990

4-CRAGIN, E. Conservatism in Obstetrics. *N Y Med J.* 1916;104:1

5-LAVIN J P, STEPHENS R J, MODOVNIK M, et al. Vaginal delivery in patients with a prior cesarean section. *Obstet Gynecol.* 1982;59:135-48

6-FLAMM B L. Parto vaginal después de cesárea: Controversias antiguas y nuevas. *Clin Obstet Ginecol.* 1985;4:924-36

7-FLAMM B L, LIM O W, JONES C, et al. Vaginal birth after cesarean section: Results of a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol.* 1988;158:1079-84

8-CLARKE S C, TAFFEL S. Changes in cesarean delivery in the United States, 1988 and 1993. *Birth.* 1995;22:63-7

9-ZIADEH S M, SUNNA E Y. Decreased cesarean birth rates and improved perinatal outcome: A seven-year study. *Birth.* 1995;22:144-7

10-BOTTOMS S F, ROSEN M G, SOKOL R J. The increase in the cesarean birth rate. N Eng J of Med. 1980;302:559-63

11-PAUL R H, MILLER D A. Cesarean birth: How to reduce the rate. Am J Obstet Gynecol. 1995;172:1903-11

12-LAGREW D, Jr, MORGAN M. Decreasing the cesarean section rate in private hospital: success without mandated clinical changes. Am J Obstet Gynecol. 1996;174:184-91

13-EDGE V L, LAROS JR R K. Pregnancy outcome in nulliparous womwn aged 35 or older. Am J Obstet Gynecol. 1993;168:1881-5

14-SPELLACY W N. Vaginal Birth after cesarean: A reward/penalty system for national implementation. Obstet Gynecol. 1991;78:316-7

15-GOYERT G L, BOTTOMS S F, TREDWELL M C. et al. The physician factor in cesarean birth rates. N Engl J Med. 1989; 320:706-9

16-MAHER C F, CAVE D G, HARAN M V. Caesarea

17- Pérez Sánchez Obstetricia 2ª Edición A. Pérez Sánchez. Ed. Mediterráneo 1992. E. Donoso

18- López Espinosa JA. Contribución al estudio de la bibliografía cubana sobre Obstetricia. Acimed 2006; 14 (6).

19- Schwarcz 4ª Edición. Ricardo L. Schwarcz. Librería el Ateneo 1986 .156-195.

20- González V. Margarita. (1999) Participación de Enfermería en la Lactancia Materna en Obstetricia I. ENEO - UNAM. México

21- Fernández, Isabel.(1994) El parto medicalizado, Una nueva visión del viejo acontecimiento de nacer y Obstetricia y sociedad en La revolución del nacimiento. Edaf. España.

REFERENCIAS CONSULTADAS

1-GABERT H A, BEY M. History and development of cesarean operation. Obstet Gynecol Clin of N.A. 1988; 4:591-736

2-HARLEY J. Operación Cesárea. Clin Ginecol Obstet. 1980;3:525-54

3-JUBIZ A. Cesárea. p 413-420 EN: Botero J., -----, Henao G. Texto Integrado de Obstetricia y Ginecología. 4ed. Cali : Carvajal, 1990

4-CRAGIN, E. Conservatism in Obstetrics. N Y Med J. 1916;104:1

5-LAVIN J P, STEPHENS R J, MODOVNIK M, et al. Vaginal delivery in patients with a prior cesarean section. Obstet Gynecol. 1982;59:135-48

6-FLAMM B L. Parto vaginal después de cesárea: Controversias antiguas y nuevas. Clin Obstet Ginecol. 1985;4:924-36

7-FLAMM B L, LIM O W, JONES C, et al. Vaginal birth after cesarean section: Results of a multicenter study. Am J Obstet Gynecol. 1988;158:1079-84

8-CLARKE S C, TAFFEL S. Changes in cesarean delivery in the United States, 1988 and 1993. Birth. 1995;22:63-7

9-ZIADEH S M, SUNNA E Y. Decreased cesarean birth rates and improved perinatal outcome: A seven-year study. Birth. 1995;22:144-7

10-BOTTOMS S F, ROSEN M G, SOKOL R J. The increase in the cesarean birth rate. N Eng J of Med. 1980;302:559-63

11-PAUL R H, MILLER D A. Cesarean birth: How to reduce the rate. Am J Obstet Gynecol. 1995;172:1903-11

12-LAGREW D, Jr, MORGAN M. Decreasing the cesarean section rate in private hospital: success without mandated clinical changes. Am J Obstet Gynecol. 1996;174:184-91

13-EDGE V L, LAROS JR R K. Pregnancy outcome in nulliparous womwn aged 35 or older. Am J Obstet Gynecol. 1993;168:1881-5

14-SPELLACY W N. Vaginal Birth after cesarean: A reward/penalty system for national implementation. Obstet Gynecol. 1991;78:316-7

15-GOYERT G L, BOTTOMS S F, TREDWELL M C. et al. The physician factor in cesarean birth rates. N Engl J Med. 1989; 320:706-9

16-MAHER C F, CAVE D G, HARAN M V. Caesarea