

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

TESIS

**“LA IMPORTANCIA DE PARTICIPACIÓN DE LA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA EN
LA PREVENCIÓN DE PROBLEMAS PERINATALES
RELACIONADOS CON LAS CAUSAS QUE
PROPICIARON LA OPERACIÓN CESÁREA EN LA
CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE MAZATLÁN”**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADAS
EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA PRESENTAN:**

**ARANDA ESTRADA MARIA DEL ROSARIO
ARELLANO NÚÑEZ TERESA DE JESÚS
PUCHETA SÁNCHEZ ROSA MARIA
RUIZ LÓPEZ MA. DEL CARMEN**

287672



**DIRECTOR DE TESIS:
LIC. EN ENF. Y OBST. ANGELES GARCIA ALBARRAN.**

MÉXICO, D.F. OCTUBRE DEL 2000.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DEDICATORIAS

A DIOS NUESTRO SEÑOR:

Porque guió nuestro camino con esperanza y fe, dándonos fortaleza para lograr la meta deseada, concediéndonos paciencia, amor y caridad para atender a nuestros pacientes.

A NUESTRAS FAMILIAS, ESPOSOS E HIJOS:
Nuestras palabras, no bastarían para agradecer Su apoyo, comprensión y consejo en los momentos Difíciles. A ustedes debemos este logro y con ustedes felizmente lo compartimos, esperamos no defraudarlos y contar siempre con su amor y su valioso apoyo.

Gracias, a quienes nos enseñaron el valor de la educación y nos brindaron esta oportunidad.

Gracias, a quienes pusieron en nosotros toda su confianza para el desarrollo de nuestra formación.

Gracias, por compartir pequeñas victorias y dolorosos fracasos.

Gracias, por fomentar en nosotros el deseo de superación y anhelo de triunfo en la vida.

ÍNDICE

	CONTENIDO	PÁGINA
	Introducción	1
	Justificación.....	4
	Objetivos.....	6
I.-	Planteamiento del problema.....	7
II.-	Marco teórico.....	10
	II.- Importancia de la participación de enfermería	
	II.2.- Atención prenatal.....	11
	II.3.- Importancia del cuidado prenatal.....	12
	II.4.- La familia de riesgo durante el periodoanteparto.....	13
	II.5.- Familias de riesgo.....	15
	II.5.1- Definición y dimensión de embarazo de alto riesgo	
	II.6.- Parto por cesárea.....	17
	II.6.1.- Consideraciones para el parto por cesárea.....	18
	II.7.- Enfoque de riesgo y atención prenatal.....	19
	II.7.1.- concepto de enfoque de riesgo	
	II.7.2.- Problemas de salud	
	II.7.3.- Riesgo perinatal	
	II.8.- Valoración del riesgo de la reproducción.....	21
	II.9.- Parto.....	23
	II.10.- Antecedentes de cesárea.....	24
	II.10.1.- Incidencias.....	26
	II.10.2.- Indicaciones.....	27
	II.11.- Cesárea	
	II.11.1.- Indicaciones	28
	II.11.2.- Tipos de cesárea	
	II.11.3 Transperitoneales	
	II.11.4.- Extraperitoneales.....	29
	II.11.5.- Según su incisión abdominal.....	30
	II.11.6.- Principales indicaciones para realizar operación cesárea.....	33
	II.11.7.- Causas.....	36
	II.11.8.- Complicaciones.....	39
	II.11.9.- Riesgo de infección en una operación cesárea.....	40
	II.11.10.- Expectativas después de la cirugía.....	41
	II.11.11.- Riesgos	
	II.11.12 Costos	
	II.12.- La atención asistencial.....	42
	II.13.- El recién nacido.....	43
	II.13.1.- Exploración física completa del recién nacido	

II.13.2.- Clasificación del recién nacido según su edad gestacional y el peso al nacer.....	46
II.13.3.- Asistencia inicial al recién nacido.....	48
II.13.4.- Valoración de Apgar.....	
II.13.5.- Valoración de Silverman Andersen.....	50
II.13.6.- Cuidados en el recién nacido.....	51
III.- Metodología.....	53
III.1.- Aclaración sobre la hipótesis.....	
III.1.1. Hipótesis de trabajo.....	
III.1.2.- Hipótesis nula.....	
III.2.- Variables.....	54
III.3.- Medición de variables.....	55
III.4.- Tipo de investigación.....	
III.5.- Universo, población y muestra.....	
III.5.1.- Criterios de inclusión.....	
III.5.2.- Criterios de exclusión.....	56
III.6.- Cronograma.....	57
III.7. Recursos humanos, materiales y financieros.....	58
III.7.1.- Disponibilidad de sujetos.....	
III.7.2.- Colaboración de terceros.....	
III.7.3.- Instalaciones y equipos.....	
III.7.4.- Recursos materiales y financieros.....	
III.7.5.- Financiamiento.....	60
III.7.6.- Experiencia del investigador.....	
III.7.7.- Consideraciones éticas.....	
III.8.- Límites de tiempo.....	
III.9.- Posibles dificultades para llevar a cabo la investigación.....	61
III.10.- Método de técnicas e instrumentación de recolección de datos.....	
III.10.1.- Método.....	
III.10.2.- Técnica y proceso de recolección de datos.....	
IV.- Análisis estadístico.....	
Presentación de cuadros.....	
Presentación de graficas.....	
Análisis de cuadros y graficas.....	62
V.- Conclusiones.....	180
VI.- Sugerencias.....	185
VII.- Glosario.....	189
VIII.- Bibliografía.....	192
IX.- Anexos.....	195

INTRODUCCIÓN

La práctica de operación cesárea se ha incrementado en forma alarmante a nivel mundial, a veces, subestimando la capacidad natural de la mujer para parir, su incremento no está exento de consecuencias negativas sobre la salud de la mujer y el recién nacido, pues a pesar de ventajas múltiples que ofrece este procedimiento cuando está correctamente indicado aumentan los riesgos debido a su abuso, convirtiendo esta situación en un problema de salud pública.

La tendencia actual se inclina al incremento de cesáreas. Se tienen antecedentes de que en Europa los porcentajes oscilan entre 9.82% y 14.4% y en Estados Unidos van del 12% al 27%.

En nuestro país durante la década de los años sesenta, la cesárea representaba alrededor del 5% del total de nacimientos, actualmente se ha incrementado hasta niveles mayores del 60% con tendencia marcada, hacia las instituciones públicas.

Es innegable que la operación cesárea no justificada causa un daño permanente a la integridad del organismo materno y el recién nacido en forma directa, pero también se deben tomar en cuenta que hay consecuencias negativas indirectas como: el aumento de las redes de costos, la sobrecarga de trabajo, el aumento de solicitud a diversos servicios; como laboratorio, banco de sangre anestesia, rayos X, ultrasonografía, unidad de cuidados intensivos del recién nacido, la sobrecarga de trabajo en el servicio de quirófano.

Existen dudas acerca de que la operación cesárea pueda incrementar la mortalidad perinatal, a este respecto se han encontrado antecedentes de trabajos de investigación previos que muestran que reducir las cesáreas a más del 50% no incrementa la mortalidad materna, pero paradójicamente parece que la mortalidad perinatal muestra una mejoría, lo que puede explicarse por la vigilancia más estrecha que se brinda a las pacientes cuando se intentan reducir el número de cesáreas.

Investigar lo que ocurre en la Clínica Hospital ISSSTE de Mazatlán, es de gran interés particular para nuestro equipo pues se tienen datos de que en el año de 1999 se realizaron 58% de cesáreas en relación con partos.

Los servicios de salud entretienen una red para poder dar atención integral a la población que lo requiere. Para ello el equipo multidisciplinario de salud contribuye con el aporte de cada una de sus disciplinas; un ejemplo de ello es el servicio de gineco-obstetricia en el cual el gineco-obstetra da indicación mas o menos clara de esta cirugía para justificar su empleo, el impacto de su disminución involucra a todo el equipo de salud.

Es aquí donde se justifica la importancia de la participación de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia actuando en el primer nivel de atención, en donde puede brindar información, orientación y servicios preventivos y de promoción a la atención prenatal y el fomento al auto cuidado de la salud, pues la salud perinatal es uno de los componentes fundamentales del programa de salud reproductiva, que tiene como misión garantizar una

JUSTIFICACION

La tendencia mundial de practicar la operación cesárea ha ido en aumento en los últimos 30 años, y la Clínica Hospital ISSSTE Mazatlán, no escapa a la práctica exagerada de este procedimiento de cirugía general, que en la mayoría de los hospitales del país rebasa el 20%, cuando la Norma Oficial Mexicana para la atención del embarazo, puerperio y Recién Nacido tiene como índice recomendado el 15%.

Consideramos que la importancia particular del equipo para realizar esta investigación, es que nos ofrezca un reconocimiento más amplio de este problema de salud pública, que eleva el riesgo de consecuencias negativas sobre la salud de la mujer y el recién nacido, además de la elevación de costos que bien podrían ser destinados al apoyo de otros programas de salud reproductiva que son prioritarios.

Logrando reducir el número de cesáreas se puede permitir mejorar la atención del derecho – habiente y la optimización de los recursos humanos, técnicos, materiales y financieros; objetivos primordiales de cualquier institución. Que se de oportunidad al personal profesional de enfermería y obstetricia, proporcionando condiciones para el desarrollo de habilidades y talentos motivando su participación.

Este interés particular de participar activamente como enfermeras profesionales en obstetricia, formando parte del equipo de salud, como un elemento con capacidad y conocimientos que deben desarrollarse en la prevención y promoción de atención perinatal, participando activamente dentro del control del trabajo de parto, atención del parto eutócico, recién nacido y cuidados durante el puerperio.

La Licenciada en Enfermería y Obstetricia puede contribuir en forma valiosa en la identificación de factores de alto riesgo perinatal, ofreciendo atención integral oportuna y de alta calidad dentro del contexto de atención primaria para la salud.

Dentro de la atención perinatal la enfermera ha desempeñado un papel muy limitado, pues en nuestro hospital no trabajan enfermeras especializadas en esta área y el médico gineco-obstetra atiende a un número elevado de pacientes embarazadas en tiempo corto, lo cual resulta una limitante en la calidad de atención que requiere la derechohabiente.

Esta situación nos ha motivado para realizar esta investigación, como una respuesta al compromiso y el reto de participar en la resolución de los problemas que afectan a nuestro centro de trabajo, aportando los conocimientos adquiridos con un nivel profesional y humano que se precisa cada vez más en nuestro país. Incursionar como Licenciadas en Enfermería y Obstetricia, abrirá nuevos campos de acción, tan necesarios actualmente y en el futuro.

La Licenciada en Enfermería y Obstetricia cuenta con una formación profesional necesaria para poder actuar con certeza en sus habilidades y destrezas dentro del ámbito del servicio de gineco-obstetricia y dar atención del primer nivel en prevención de los problemas perinatales relacionados con las causas que han propiciado la operación cesárea.

Dentro de las instituciones de salud la enfermería es fundamental ya que están en contacto directo con los pacientes las 24 horas del día los 7 días de la semana y los 365 días del año realizando innumerables actividades para mejorar o restablecer la salud de los pacientes.

Dentro del ámbito Gineco-obstétrico se hace necesaria la presencia de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia para poner en práctica sus conocimientos teóricos a lo largo de su carrera y experiencia en su centro de trabajo para dar atención integral a la paciente embarazada y así fundamentar la importancia de su participación en prevención de problemas perinatales.

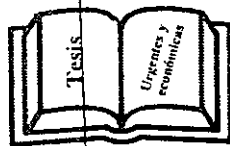
OBJETIVO GENERAL

Fundamentar la importancia de la participación de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en la prevención de problemas perinatales relacionados con las causas que propiciaron la operación cesárea, en la clínica hospital ISSSTE Mazatlán.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el grado de participación de enfermería como promotoras de la prevención de riesgos perinatales.
- Propiciar la participación de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en el primer nivel de atención de la mujer embarazada derechohabiente de la clínica hospital ISSSTE Mazatlán.
- Identificar las causas que motivaron la operación cesárea en relación con riesgos perinatales de acuerdo al nivel socioeconómico, biológico y edad cronológica.

Imprenta Bolívar



Bolívar 290 Col. Obrera
C.P. 06800 Tel. 578 68 66
Sucursal Iztapalapa Tel. 614 15 95

I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La historia y su utilidad práctica indican que la cesárea, todavía es una de las operaciones más importantes en Gineco-obstetricia. Su utilidad para salvar la vida de la madre y el feto va aumentando a lo largo de los decenios, en vez de disminuir, si bien se han modificado las indicaciones específicas para incurrir a ella¹.

La participación de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en la atención prenatal como miembro del equipo de salud es trascendente pues sus orientaciones y cuidados, pueden contribuir a disminuir el número de cesáreas que se practican en la Clínica Hospital ISSSTE Mazatlán. Ya que puede contribuir activamente desde el cuidado de la mujer embarazada, detectando posibles riesgos perinatales, que se pueden prevenir con acciones oportunas que actúen tanto en el micro como en el macro ambiente y en el conocimiento de la influencia que tiene el macro ambiente en la salud materno fetal.

Es por ello; "La importancia de participación de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en la prevención de problemas perinatales relacionados con causas que propiciaron la operación cesárea en la Clínica Hospital ISSSTE Mazatlán".

La intención de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia centra esfuerzos en la participación del cuidado al alto riesgo perinatal que se puede presentar durante el embarazo, trabajo de parto que lleven a la resolución por la vía de la operación cesárea, que analizado desde nuestro punto de vista implica varios costos; el costo de las complicaciones que se pueden presentar tanto en la madre como el producto puede llegar a afectar a la economía del país, si tomamos en cuenta que en México se tiene un índice muy alto de operación cesárea. ; en este renglón los economistas de la salud pueden calcular sus redes de costo beneficio, el reverso al análisis de tipo económico lo constituyen la presencia de daños perinatales o lesiones que limitan la calidad de vida y que para la paciente y su familia tienen el costo del dolor, el sufrimiento y la enfermedad, es aquí hacia donde la intención de enfermería puede contribuir enfocando la misión de su trabajo y esfuerzo en la atención de la mujer embarazada y su producto y que cuando la resolución del embarazo sea la operación cesárea, actúe con un alto sentido de responsabilidad en su trabajo, pues la operación cesárea no es un procedimiento inocuo para el recién nacido ya que este puede estar en riesgo de morir en 2.5 veces más si nace por cesárea, comparados con fetos del mismo peso que se obtienen por vía vaginal.² Para la madre implica mayor riesgo de sangrado e infección y mayor utilización de antibióticos profilácticos que pueden influir su futuro reproductivo además de generar más necesidades institucionales.

La participación de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia dentro del campo de prevención tiene gran utilidad si tomamos en cuenta algunos casos, podemos simplificar la

¹SCOTT, James R. et al. "Tratado de Obstetricia y Ginecología", p. 673.

²CORRAL, Carlos Martín, "Tendencia de la operación Cesárea en 3 ámbitos", Revista de Ginecología y Obstetricia de México, vol. 67, Enero 1999, p. 10.

importancia que reviste una atención más cercana donde se brinde orientación nutricional a pacientes obesas, desnutridas, adolescentes, a mejorar las condiciones de higiene, a la educación sobre cuidados durante el embarazo, el enfoque hacia el parto psico profiláctico, etc.

En el análisis de trabajos de investigación realizados sobre este problema, se consideran los siguientes porcentajes en el ámbito mundial. En países como Estados Unidos de Norteamérica las tasas nacionales de operación cesárea declinaron de 24.7% a 22.3% en 1992 mediante un programa emprendido para mejorar la calidad de atención obstétrica y reducir las tasas de nacimiento por operación cesárea³: el incremento considerado dramático, sin una mejoría proporcional en la salud del recién nacido, constituyó una emergencia de prioridad nacional en los EUA, que clamó por una reducción al 15% en todos los nacimientos para el año 2000 involucrando varios componentes, tales como la elaboración de lineamientos y diccionarios para estandarizar una serie de términos y procedimientos obstétricos comunes y que fueron enviados por correo a todos los miembros del colegio americano de obstetricia y ginecología, seminarios educativos y la aplicación de un sistema externo de revisión⁴.

En Europa se mencionan cifras que oscilan entre 11.9% y 7.5%⁵. Es de destacar que países como Holanda, Inglaterra y Bélgica, han reducido impresionantemente el número de cesáreas, sin haberse incrementado su mortalidad materna y perinatal, curiosamente la mayoría de las atenciones obstétricas en esos países fundamentalmente es otorgada por enfermeras parteras⁶.

En nuestro país y en América latina los índices de cesárea han ido en aumento. En el caso particular del centro hospitalario 20 de noviembre del ISSSTE, se refiere una tasa de operación cesárea de 32.0% y hasta 42.8% en hospitales de concentración. En la actualidad en las instituciones de tercer nivel de atención las tasas de operación cesárea fluctúan entre 52.0% y 54.5%⁷ que son superadas por tasas de 60% en hospitales privados⁸.

En la Clínica Hospital ISSSTE Mazatlán se atiende exclusivamente población derechohabiente, que son trabajadores al servicio del Estado, que poseen un nivel socioeconómico, cultural, educativo medio, que les permite tener un mejor cuidado de su salud, comparado con otras instituciones, con una capacidad de gestión de servicios para ellos y su familia atención médica de muy buen nivel. Los problemas internos y externos influyen también en la calidad y excelencia del servicio prestado. Considerando que pues por ser un hospital de segundo nivel, no cuenta con el equipo y material para atención de las complicaciones que puedan presentarse, situaciones como son: la falta de aparatos de

³ J. JUÁREZ, Servando et al., "Incidencia de los embarazos terminados por cesárea". Revista de Ginecología y Obst. De México, vol. 67, Julio 1999, p. 317.

⁴ J. JUAREZ, Servando, op. cit., p. 316.

⁵ GUZMAN SANCHEZ, Arnoldo, et. al., "La inducción de cesáreas incrementa o no la mortalidad?". Ginecología y Obst. de México, vol. 66, Noviembre 1998, p. 124.

⁶ DE LA FUENTE, Pedro, "Parto Quirúrgico", p. 127.

⁷ DE LA FUENTE, Pedro, op. cit. p. 121.

⁸ FERNANDEZ DEL CASTILLO, "Las cesáreas en el sector privado para una maternidad sin riesgo". Edit. Sia Imper, México, 1997, p. 14.

rayos X, personal que realice ultrasonidos urgentes las 24 horas del día, turnos como los del fin de semana, en la que el médico no permanece toda su guardia en el hospital y tiene que ser llamado a su domicilio, falta de enfermeras obstetras en control prenatal y servicio de toco-cirugía, tienen una fuerte relación en la elevación de índice de cesárea que se realizan en nuestra clínica.

Es fundamental, la influencia que tiene la preparación de la mujer derechohabiente del ISSSTE con un nivel cultural adecuado, que facilita la recepción de educación a favor de la salud con un enfoque holístico. También resulta favorecedor el acercamiento y respeto a la individualidad de los pacientes por una persona de su mismo sexo.

II.- MARCO TEORICO.

II.1. IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACION DE ENFERMERÍA.

Es evidente que los cambios en el contexto político y social de nuestro país así como los avances en la ciencia y la tecnología, han influido en el desarrollo de la enfermería profesional. Hoy más que nunca, existen transformaciones que implican la dinamización del quehacer profesional de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia, requiriendo una participación activa, en la atención a la salud reproductiva y cuidados perinatales. Esto se puede llevar a cabo con: actividades innovadoras en busca de contribuir a la detección temprana de riesgo potencial en la reproducción y prevenir daños mayores, en la mujer embarazada y su hijo recién nacido.

Ampliación de cobertura con estrategias de ejercicio profesional de enfermería con equidad y eficiencia. Todo esto, favorecerá la atención prenatal. Atención del parto y puerperio.

Los profesionales de enfermería, no pueden ignorar los sucesos actuales en los que se encuentra inmersa su práctica, tales como: la globalización de la economía, las exigencias del mercado laboral, aspectos que deben observarse con atención y espíritu crítico, de tal manera que estas exigencias impulsen en la enfermería nacional, la búsqueda de mejores estándares en educación y en la atención de los usuarios a partir del cual se requiere participación de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia, en el desarrollo de sus actividades que requiera de herramientas metodológicas, para diversificar y ampliar su rol profesional⁹.

Las actitudes hacia la cesárea se han modificado radicalmente y en la actualidad es más liberal la interpretación de sus indicaciones; pero la amplia variación en la utilización de la operación de un médico a otro, a veces refleja sus conocimientos y juicio clínico, no la naturaleza a su ejercicio profesional.

La cesárea, requiere los mismo cuidados preparatorios que cualquier cirugía mayor, además de consideraciones relativas al estado fetal. La mujer, debe recibir una explicación detallada de ésta, los riesgos que la acompañan y las razones que la hacen necesaria. Deben obtenerse las formas de autorización con conocimiento debidamente firmadas, e incluirlas en el expediente clínico respecto de la cesárea, anestesia, transfusión de sangre e histerectomía si resulta necesaria.

El parto por cesárea, es un método alternativo de nacimiento ya que uno de cada cuatro partos es una cesárea, la preparación para ésta posibilidad debe ser una parte integral de todo programa educativo para el parto.

⁹ HAUSER, Hanss, "Manual de la Enfermera Moderna", tomo II, p. 58.

El Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe tratar el parto por cesárea como un hecho normal y presentar información objetiva que permite a la pareja tomar decisiones y participar en su experiencia del nacimiento.

El Licenciado en Enfermería y Obstetricia puede hacer énfasis en las similitudes entre los partos por cesárea y vaginal para reducir al mínimo las matices de normal contra anormal.

II.2. ATENCIÓN PRENATAL

Diagnostico temprano del embarazo:

Actualmente, el embarazo puede diagnosticarse desde los diez a los quince días a la ovulación, por radioanálisis de la subunidad B, o de un receptor, de la gonadotropina coriónica. Estas pruebas son mas complicadas que las de hemoaglutinación o látex, pero la ultima no es positiva hasta cuatro semanas después de la evolución.

Tipos de atención:

La predicción y detección de problemas con los métodos actuales de la atención prenatal, son sorprendentemente bajas. Se detecta menos de la mitad de los casos de malformaciones congénitas; pero, por cada uno que se detecta, hay de dos a tres positivos falsos.

Cuando no haya problemas, la paciente debe ser vista por una enfermera obstétrica, un medico o ambos:

1. Al principio del embarazo, para los datos del expediente.
2. Cada cuatro semanas hasta las 28 semanas.
3. Cada dos semanas entre las semanas 28 y 36.
4. Cada semana hasta el parto.

Exámenes ordinarios:

1. Expediente clínico:
 - Datos generales, primer día del último periodo menstrual y ciclo menstrual, etc.
2. En cada visita subsiguiente:
 - Peso
 - Examen de orina
 - Presión arterial
 - Vigilar edema
 - Medición del fondo uterino
3. En cada visita a partir de la semana 28
 - Presentación y situación fetal (frecuencia cardiaca fetal)

- Anotar movimientos del feto percibidos por la paciente
 - 4. A las 28, 32 y 36 semanas (como mínimo)
Citología hemática completa: anticuerpos Rh-D en mujeres Rh negativas y otros anticuerpos en caso necesario.
 - 5. A las 36 semanas
Valoración de pelvis en primigrávidas
- Criterios recomendados para ingreso a unidades obstétricas especiales**

1. Nulíparas menores de 20 años o mayores de 30
2. Todas las mujeres de 35 años o más
3. Talla de 1.54 m. o menos
4. Del quinto embarazo en adelante
5. Obesidad extrema
6. Nivel socioeconómico bajo
7. Mortinatos, muertes neonatales o hijos con graves anomalías congénitas previas
8. Parto prematuro previo (p.ej., antes de 37 semanas de gestación completas)
9. Hijo previo de bajo peso al nacer (< 2.5 Kg)
10. Cesárea, miomectomía o histerectomía previas
11. desprendimiento prematuro de placenta o problemas previos del tercer trimestre
12. Embarazo múltiple
13. Enfermedades intercurrentes
14. Rh negativo con anticuerpos
15. Alfa feto proteína (AFP) elevada en suero (sin defecto del tubo neural del feto)
16. Vicios de posición fetal después de la semana 34
17. Cirugía ginecológica previa; p. Ej. , biopsia por conización, reparación pélvica

Criterios para ingreso en unidades obstétricas ordinarias:

1. Nulíparas entre 20 y 30 años de edad de más de 1.54 m de estatura
2. Segundo, tercer o cuarto embarazo antes de 35 años
3. Sin contraindicaciones médicas, psicológicas u obstétricas
4. Sin Rh negativo ni otros anticuerpos.

II.3. IMPORTANCIA DEL CUIDADO PRENATAL

Los estudios ponen de manifiesto que cuando es diagnosticado el embarazo y se recibe un cuidado coherente, disminuyen los riesgos asociados. Si el diagnóstico de embarazo se retrasa la mujer puede practicar conductas nocivas para el feto (fumar, tomar medicamentos, etc.) esto da lugar a un recién nacido de bajo peso u otros resultados negativos.

El embarazo se hace más seguro, desde el punto de vista biológico, la función principal del sistema reproductivo femenino, es el embarazo y el parto, aunque hay situaciones propias en la mujer por los cambios físicos, psíquicos y metabólicos que afectan, y estos deben considerarse como un proceso normal, para prevenir cualquier

problema debe haber un control prenatal; que radica en la disminución de las complicaciones materno fetal.

Se ha visto en los índices de mortalidad y morbilidad, dependen del número de consultas prenatales a la que asisten las embarazadas.

Entre más consultas tengan se podrán prevenir muchos problemas a tiempo pero la mayoría de las embarazadas no se presentan hasta el final del embarazo.

La consulta prenatal abarca un periodo que va desde la concepción hasta el inicio del trabajo de parto.

Durante estas visitas prenatales de rutina la Licenciada en Enfermería y Obstetricia pueden comprobar el progreso de la mujer y del feto en crecimiento y enseñar a la familia conductas positivas de auto cuidado y signos de peligro que deben notificar inmediatamente, algunas de las amenazas de un embarazo saludable son: el tabaquismo, consumo de alcohol, el abuso de sustancias nocivas y la violencia familiar; son factores de riesgos importantes para la embarazada y el feto.

La Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe identificar durante las visitas prenatales a las mujeres y la familia de riesgos para intervenir y promover conductas saludables.

II.4. LA FAMILIA DE RIESGO DURANTE EL PERIODO ANTEPARTO

Las mujeres que experimentan riesgo de complicación, tienen necesidades especiales, es ahí donde interviene la Licenciada en Enfermería y Obstetricia para ayudar a identificar a estas mujeres y remitirla a los recursos adecuados.

La hiperémesis gravídica, se produce cuando las náuseas y vómitos normales del embarazo amenazan el bienestar de la madre y del feto, porque disminuyen el consumo nutritivo y las reservas. Tienen complicaciones negativas para el equilibrio hídrico y electrolítico, cuando no se diagnostica y se trata con celeridad.

La anemia en el embarazo que provoca una disminución de los valores de hierro y de oxígeno en la sangre materna, afecta al feto de la misma manera, se descarta la hemodilución y se inician las actuaciones apropiadas como la prescripción de suplementos de hierro para estabilizar estos valores.

La enfermedad tromboembólica en el embarazo, puede poner en peligro la vida de la madre y el feto. Provoca dolor en la extremidad inferior afectada y dificulta a menudo la movilidad de la mujer. Se inicia el reposo en cama y el tratamiento anticoagulante y se mantiene hasta que ceden los síntomas.

La hipertensión inducida por el embarazo, antiguamente conocida como toxemia, consiste en una elevación de las presiones diastólica y sistólica.

La preeclampsia puede producirse cuando aparece en la mujer un aumento brusco del edema particularmente de las manos y la cara, un aumento importante entre la presión arterial y proteinuria.

Una mujer RH negativa puede fabricar antígenos después de un primer embarazo, que atacarán y destruirán las células sanguíneas de los fetos siguientes que sean RH positiva, a estas mujeres se les administrara Rhogam intramuscular en las 28 semanas de gestación o durante las 72 horas después del parto.

Hay que diagnosticar y tratar lo antes posibles la causa de cualquier hemorragia durante el parto para evitar amenazas potencialmente grave para la mujer y el feto.

El aborto, los embarazos ectópicos, las anomalías placentarias, y la mola hidatiforme se asocia a las hemorragias durante el embarazo.

Una mujer sin trastornos metabólicos previos puede desarrollar una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono durante el embarazo. Estas mujeres se denominan diabéticas gestacionales suelen controlarse con dieta pero deben vigilarse estrechamente. Existen riesgos asociados, incluso cuando se lleven a cabo determinaciones constantes, como una mayor incidencia de abortos y fetos de mayor tamaño para la edad gestacional.

Una mujer con cardiopatía tiene más susceptibilidad para retener líquidos, para desarrollar hipertensión y para contraer infecciones. Cuando esta mujer se queda embarazada su corazón se ve más comprometido. Dichas mujeres se controlan bimensualmente durante el embarazo y a menudo son remitidas al cardiólogo para asegurar que el embarazo y su desenlace final sea satisfactorio.

La mayoría de las mujeres experimentan una evolución preparto e intraparto normales y llevan a cabo el trabajo del parto y el parto sin complicaciones importantes. Sin embargo, algunas se aproximan al momento del parto con factores de riesgo que ponen a la mujer y al feto en peligro de un mal resultado perinatal, y todavía queda otro grupo de mujeres que desarrollan complicaciones durante el trabajo de parto y el nacimiento.

Las complicaciones que tienen lugar durante el periodo intraparto pueden ser lo suficientemente graves como para producir un resultado desfavorable, tanto para la mujer como para el recién nacido.

El profesional de enfermería debe realizar todos los esfuerzos posibles para mantener informados a la mujer y a su familia. En estos momentos tan inquietantes, la presencia de una enfermera comprensiva y que actúe con empatía contribuye en gran medida a aliviar el estrés y la ansiedad de la mujer y su familia.

II.5. FAMILIAS DE RIESGO

Varios factores físicos, emocionales o culturales pueden crear potenciales peligrosos para los embarazos. Con frecuencia estos factores se identifican en el período preparto. La identificación de familias de riesgo permite al profesional de enfermería planificar las actuaciones de enfermería adecuadas con el fin de evitar y reducir las complicaciones durante el trabajo de parto y el nacimiento.

II.5.1. DEFINICIÓN Y DIMENSIÓN DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Un embarazo de alto riesgo es aquel en el que la vida, la salud de la madre y el feto están en juego, debido a un trastorno concurrente o único del embarazo. En la madre, la situación de alto riesgo se extiende por consenso hasta el puerperio (30 días después del parto) las complicaciones maternas del posparto por lo general se resuelven dentro del mes que sigue al nacimiento pero, la morbilidad perinatal puede continuar durante meses o años.

Los avances en el tratamiento de los trastornos que afectan a las mujeres embarazadas han tenido como resultado, una disminución importante de la mortalidad y la morbilidad maternas. En los Estados Unidos la primera ha descendido desde 376 muertes por cien mil nacidos vivos en 1940, hasta 7 u 8 por cien mil en 1992 (Kochanek, Hudson, 1995).

Sin embargo, el descenso de la mortalidad y la morbilidad perinatales no es tan representativo y debe someterse a exámenes cuando se considera el alcance del embarazo de alto riesgo. Las tasa de mortalidad infantil han venido mejorando y han descendido de diez por cada mil nacidos vivos en 1970, hasta ocho por mil nacidos vivos en 1994, la mas baja jamás registrada en los Estados Unidos (National Center for Health Statistics, 1994) a pesar de ello, esta nación ocupa el vigésimo primer puesto en la mortalidad infantil dentro del conjunto de los países desarrollados (Wegman, 1994).

Problemas de salud materna:

Las causas principales de mortalidad materna atribuibles al embarazo difieren en todo el mundo. En general han persistido tres causas principales dentro de los últimos 35 años: trastornos hipertensivos, infecciones y hemorragias.

En 1994, 270 mujeres murieron en Estados Unidos por complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio (National Center for Health Statistics 1994). La mortalidad materna en las mujeres de color sobrepasa el doble de la de las blancas. En 1992 las tasa de anemia, hipertensión crónica y eclampsia fueron considerablemente mayores en las madres de origen africano que en las blancas; el riesgo de bajo peso al nacer (menos de 2.500 Kg.) o de parto prematuro, fue mayor para las afroamericanas que para

las blancas en cada uno de los factores de riesgo médicos asociados con estos resultados. Las madres indígenas estadounidenses, tienen la mayor incidencia de los cuatro factores de riesgo médicos notificados con mayor frecuencia (anemia, diabetes, hipertensión asociada en embarazo y hemorragia uterina) comparadas con los demás grupos raciales o étnicos (Nacional Center for Health Statics, 1994) los efectos de los trastornos de coagulación como la embolia, son también una causa importante de morbilidad y mortalidad maternas.

Las mujeres afroamericanas tienen una incidencia más alta de complicaciones del embarazo asociadas con problemas de coagulación. Además se han notificado una incidencia de hospitalizaciones, un 40% más alta durante el embarazo en mujeres afroamericanas que en blancas.

Problemas de salud del feto y del neonato:

Los problemas de salud fetales y neonatales se describen bajo ciertas categorías; muerte fetal (fallecimiento), muerte neonatal, muerte perinatal, tasa de muerte perinatal y mortalidad infantil. La incidencia de cada trastorno que tiene como resultado la mortalidad la mortalidad infantil se expresa como el número de muertes por cada cien mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil incluye las muertes neonatales. En 1992 de 4 065 014 nacidos vivos murieron 34, 628 bebés en el primer año de vida; de estos 13,115 murieron en el periodo neonatal (primeros 30 días de vida).

Las principales causa de muerte en el periodo neonatal son: las anomalías congénitas, los problemas relacionados con la gestación de corta duración y el bajo peso al nacer, el síndrome de dificultad respiratoria y los efectos de las complicaciones maternas.

Aunque numerosos problemas perinatales se han beneficiado de las mejoras en el tratamiento, las anomalías congénitas, siguen siendo la principal causa de mortalidad infantil. El incremento en las tasas de supervivencia durante el periodo neonatal proviene en gran parte de la alta calidad de la atención prenatal y de la mejora de los servicios perinatales, que incluyen avances tecnológicos en el cuidado intensivo neonatal y obstétrico.

Las cuatro principales causas de muerte en el periodo postnatal son: el síndrome de muerte súbita infantil, las anomalías congénitas, los traumatismos y las infecciones.

La mortalidad disminuye cuando se identifica la situación de alto riesgo de la paciente y se le prestan los cuidados intensivos, los estudios de seguimiento han demostrado que estas dos acciones pueden redundar en descensos considerables de las discapacidades residuales importantes (físicas y mentales) de los bebés que sobreviven, que es nuestro objetivo como profesionales de la salud, mantener el bienestar de la madre y su futuro hijo, desde el periodo preconcepcional hasta el puerperio, incluyendo el cuidado del recién nacido.

II.6. PARTO POR CESÁREA

Se realiza un parto por cesárea cuando el parto vaginal no es posible o no es seguro. Las indicaciones más frecuentes del parto por cesárea son; la desproporción cefalopélvica, los trastornos del trabajo de parto, las presentaciones anómalas, el sufrimiento fetal y un parto por cesárea previo. Se realizará una cesárea de urgencia, cuando es necesario el parto inmediato para evitar la morbilidad o mortalidad materna o fetal. Una cesárea electiva es aquella que se planifica con antelación, cuando se determina que no sería aconsejable un parto vaginal.

La evaluación prenatal determina la necesidad de un parto por cesárea electiva. La prueba del sufrimiento prenatal, la monitorización fetal electrónica (MFE) y la ecografía contribuye a la formación de un cuadro exacto de los posibles problemas del parto. Durante el trabajo de parto, la MFE, los transductores uterinos internos y el PH en sangre del cuero cabelludo fetal, contribuyen a tomar la decisión de realizar una intervención de cesárea.

La atención de la mujer que va a ser sometida a una intervención de cesárea tiene tres fases: preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria. Durante cada fase se abordan también las necesidades del feto. La cirugía se puede llevar a cabo en el paritorio o en el quirófano, dependiendo del centro. La mayor parte de la atención prestada a la mujer es similar a la realizada para cualquier intervención quirúrgica abdominal.

En un parto por cesárea electiva (planeada), es frecuente que tanto la mujer como su acompañante en el parto tengan la oportunidad de acudir a clases de preparación para el parto por cesárea. Estas resultan útiles para orientar a la pareja sobre las técnicas y para responder a sus dudas. Sin embargo, posiblemente no haya muchas oportunidades para realizar una educación preoperatoria cuando la mujer es sometida a una cesárea de urgencias. Se debe proporcionar toda la información posible a la mujer, incluso cuando la decisión de realizar una cesárea se toma durante el trabajo de parto.

En la educación preoperatoria se incluye la educación preoperatoria rutinaria, con la deambulación precoz, la tos y la respiración profunda en el postoperatorio. Incluirá también dónde se va a realizar la intervención, la anestesia programada, la duración aproximada que tendrá, cuándo volverá el recién nacido a la sala de recién nacidos, el periodo de recuperación para la mujer y cuándo volverá a la sala de posparto.

A las mujeres sometidas a parto por cesárea se les colocará una sonda urinaria en la vejiga, para mantenerla vacía durante la operación. Esto reducirá el riesgo de lesión de la vejiga al realizar la incisión. Si el médico lo prefiere, se puede colocar la sonda en el quirófano inmediatamente antes de comenzar la cirugía. Se procede a rasurar el abdomen, que se limpiara con una solución antiséptica inmediatamente antes de realizar la incisión cutánea. La mujer no tomará nada por vía oral. Se comenzará una infusión intravenosa a través de un catéter de gran calibre. Rara vez se prescriben narcóticos preoperatorios para evitar la depresión respiratoria neonatal. Se puede administrar un anticolinérgico (atropina) para secar las secreciones. Se puede administrar un antiácido para neutralizar la acidez gástrica y evitar las neumonías en caso de vómitos y aspiración durante la cirugía. Se

vigilará las constantes vitales de la madre y la frecuencia cardiaca fetal desde al menos 4 horas antes de la cirugía. Se darán las instrucciones precisas a las personas de apoyo que van acompañar a la mujer durante la cirugía para que se cambien de ropa.

El tipo de anestesia seleccionada para el parto dependerá de muchos factores. Si la cirugía es selectiva a menudo se administrará anestesia regional, epidural o raquídea. Una de las complicaciones más frecuentes de este tipo de anestesia es la hipotensión en la mujer.

La anestesia general se suele administrar en situaciones de urgencia, o cuando está contraindicada la anestesia regional. Una de las complicaciones más graves encontradas con el uso de la anestesia general es la aspiración del contenido gástrico. Existe también un mayor riesgo de depresión respiratoria neonatal con la anestesia general. Para evitar este riesgo, el profesional de enfermería intentará llevar a cabo tantas medidas de preparación como sea posible antes de administrar la anestesia. Esta no se administrará hasta que el médico este preparado para comenzar la incisión.

Habitualmente está presente un pediatra o profesional de enfermería neonatal para asistir al recién nacido inmediatamente después del parto. Deberá disponerse de una incubadora, oxígeno y material para reanimación.

La mujer que ha experimentado un parto por cesárea posiblemente necesitara una gran cantidad de apoyo en el periodo posparto.

La paciente que tiene una cicatriz de cesárea transversa baja posiblemente deseará realizar un intento de trabajo de parto y parto vaginal posteriores a embarazos.

La dehiscencia de una antigua incisión uterina transversa baja se produce en menos de 1% de los casos. En presencia de una cicatriz transversa baja o cervical baja demostrada en el útero, si no existe contraindicación médica u obstétrica para el parto, y si no hay historia de ruptura uterina previa, se puede intentar por parto vaginal después de cesárea. La atención intraparto de la mujer que desea realizar un intento de trabajo de parto es prácticamente la misma es que la de cualquier otra mujer durante el parto.

Las tasas de éxitos para las mujeres sometidas a un intento de parto se sitúan entre el 65 y el 85%. Durante todo el parto se atenderá una estrecha observación del estado fetal y de las contracciones uterinas. El centro debe tener capacidad para realizar un parto por cesárea de urgencia si fuera necesario. Será preciso advertir a la mujer para que no ponga demasiadas esperanzas en el éxito, ya que si el intento no tiene éxito podrían sentirse muy desilusionada y pensar en el intento como en un fracaso.

II.6.1 CONSIDERACIONES SOBRE EL PARTO POR CESÁREA

La mujer que se ha sometido a una cesárea tiene una estancia hospitalaria más larga no obstante, tiene otras preocupaciones adicionales. La mujer y su compañero pueden sentirse defraudados por haberse perdido la experiencia del parto vaginal, especialmente si no esperaban la cesárea. Además, la mujer puede tener una laguna mental que es incapaz de

llenar. Puede tener dificultad para recordar la primera vez que vio a su bebé. Estos factores pueden desconcertarla. La enfermera puede ayudar a verbalizar y a explorar esas preocupaciones. El proceso de curación posparto de la mujer sometidas a una cesárea puede ser mas largo que el de la mujer que ha dado a luz por vía vaginal.

El estado del recién nacido también supone un impacto sobre el estado emocional de la familia. Si el bebé goza de buena salud, la familia puede aceptar la cesárea sin desilusión pero si tiene una salud precaria, la principal preocupación de la familia se centrará en el bebé. Cuando esta en duda la salud del recién nacido, la familia puede tener pocos recursos emocionales disponibles para enfrentarse con los sentimientos del nacimiento.

II.7. ENFOQUE DE RIESGO Y LA ATENCIÓN MATERNOINFANTIL.

II.7.1. CONCEPTO DEL ENFOQUE DE RIESGO.

El enfoque de riesgo es un método en atención de la salud de las personas, las familias y las comunidades basado en el concepto de riesgo. Este se define como la probabilidad que tiene un individuo o un grupo de individuos de sufrir en el futuro un daño en su salud. Este enfoque que se basa en la observación de que no todas las personas, familias y comunidades tienen la misma probabilidad o riesgo de enfermar y morir, sino que, para algunos esta probabilidad es mayor que para otros¹⁰.

II.7.2. PROBLEMAS DE SALUD.

No todos los problemas de salud tienen la misma importancia por lo cual, se logrará un mayor impacto si se controlan preferentemente los problemas más críticos. Para establecer prioridades se deberá tener en cuenta principalmente la magnitud, gravedad, y efectividad tecnológica para neutralizar cada problema así como el costo del control, y el impacto en la comunidad, etc.

II.7.3. RIESGO PERINATAL.

Entre los factores de riesgo que inciden en la evolución del embarazo y su producto se pueden diferenciar los que se asocian con un riesgo potencial y aquellos que se asocian con un riesgo real. En estos últimos ya se encuentra establecida alguna patología o anomalía muy ligadas al daño que se pretende prevenir.

Entre los factores de riesgo potencial figuran fundamentalmente los preconcepcionales (clase social, estado civil, nivel educacional, paridad, edad materna, etc.). Entre los factores de riesgo real están incluidos los cuadros que configuran la

¹⁰ DIAZ Ángel et al., "El enfoque de riesgo y la atención materno - infantil", En revista Latinoamericana de perinatología publicación trimestral vol. 8 No. 2 1988, p.p. 45 - 51.

patología (toxemia, diabetes, hemorragia, enfermedad hemolítica feto – neonatal, anemia, etc.

Las gestantes con riesgo potencial requieren fundamentalmente atención prenatal y neonatal durante el parto (accesibilidad asegurada). El objetivo fundamental en este grupo es controlar la evolución del proceso para evitar que el riesgo se convierta en real. Las gestantes con riesgo real dan origen a su vez a la constitución de dos grupos. Uno incluye a aquellos casos cuyo problema puede ser abordado eficazmente en los centros en donde son captados (por ejemplo, anemia por déficit de hierro) el otro es el que requiere su derivación hacia centros de mayor complejidad en el momento oportuno durante el embarazo o para la atención del parto (por ejemplo, enfermedad hemolítica fetal)

A continuación se listan algunos factores que entrañan riesgo de mortalidad perinatal y materna:

a) Preconcepcionales

(Su aparición precede al inicio del embarazo)

Bajo nivel socioeconómico

Analfabetismo

Malnutrición materna

Baja talla

Obesidad

Circunferencia craneana pequeña

Madre adolescente

Edad materna avanzada

Gran multiparidad

Corto intervalo inter genésico

Malos antecedentes genéticos

Malos antecedentes obstétricos

Patología previa.

b) Del embarazo

(su aparición recién se produce cuando el embarazo está en curso)

Anemia

Mal control prenatal

Poca ganancia de peso

Hábito de fumar

Alcoholismo

Hipertensión inducida por el embarazo

Embarazo múltiple

Hemorragias

Retardo del crecimiento intrauterino

Rotura prematura de membranas

Infección ovular

Incompatibilidad sanguínea feto materno.

c) Del parto

(su aparición se produce durante el trabajo del parto y el parto)

Inducción del parto.

Amenaza del parto de pretérmino

Presentación viciosa (pelviana)

Trabajo de parto prolongado

Insuficiencia cardiorespiratoria

Distocias de contracción mala atención del parto

Prolapso del cordón

Sufrimiento fetal

Gigantismo fetal

Parto instrumental

d) Del recién nacido

Depresión neonatal

Pequeño para la edad gestacional

Pretérmino

Malformaciones

Infección.

e) Del posparto

Hemorragias

Inversión uterina

Infección puerperal.

II.8. VALORACIÓN DEL RIESGO EN LA REPRODUCCIÓN.

La detención temprana del riesgo potencial en la reproducción, así como la existencia de problemas asociados con el mismo, es la mejor garantía para prevenir daños mayores, e incluso la muerte de la mujer embarazada y su futuro hijo recién nacido. También, mediante esto es posible disminuir el costo total que ocasiona a la familia y a la sociedad. Esta actitud profesional se ha difundido en casi todo lo que se ha escrito sobre dicho riesgo. No obstante, muchas mujeres embarazadas recurren al cuidado prenatal sólo cuando experimentan una sintomatología aguda, siendo entonces la terapia de intervención infructuosa, debido a la tardanza al solicitarla. Las enfermeras profesionales tienen la gran responsabilidad de detectar y atender este riesgo antes de que sea inevitable, o si no, en sus primeras etapas de desarrollo.

El concepto de valoración abarca aquellas actividades que permiten recopilar datos acerca de la familia de la madre embarazada, así como procesarlos para obtener conclusiones o diagnósticos sobre el significado de los mismos. La valorización perinatal tiene como fin alcanzar algunos objetivos:

- Identificación del riesgo potencial en la reproducción.
- Pronóstico de la incidencia y resultado de la amenaza de riesgo.
- Diagnóstico de la condición particular que pone en peligro a la madre, feto, recién nacido, o familia.
- Evaluación del riesgo de la familia y de la madre embarazada en relación con la seriedad de la amenaza.

El logro de una de estas metas, o la mayoría de ellas dependerá, de la disponibilidad y de la comprensión que tenga la paciente para proporcionar datos básicos, así como del conocimiento y juicio de los profesionales para darles un significado correcto.

La enfermera en particular, debe estar consciente de la necesidad de estar informada sobre las reacciones y actitudes de la familia en cuanto a la reproducción, parto y paternidad. El estar enterada de los aspectos hereditarios y económicos de la familia en cuestión, le ayuda a comprender las necesidades individuales y familiares concernientes al embarazo, y generar un cuidado de salud apropiado para asegurar una adaptación y bienestar más positivos.

La valoración neonatal se divide en tres categorías que proporcionan patrones generales para evaluarlo¹¹. Dichas categorías son:

- La edad gestacional y el nivel de madurez del niño.
- La vitalidad o capacidad inherente.
- La repercusión que los procesos patológicos pueden tener en su capacidad y bienestar.

Se ha demostrado, que los instrumentos empleados en la valoración de la edad gestacional, así como en la conducta, son de gran utilidad en la evaluación y planeación de cuidados posibles. Estos instrumentos son utilizados por las enfermeras y aquellas personas encargadas del recién nacido tanto en riesgo como normal.

Casi todas las embarazadas de alto riesgo que se ven en la práctica diaria desarrollan complicaciones inesperadas en el transcurso del embarazo y una minoría llegan al médico con una pobre historia obstétrica o una complicación médica que no fue detectada.

Hay estudios adecuados que aportan bases científicas para decidir cuando se remite a una paciente con factores de alto riesgo a un especialista gineco-obstetra, esta decisión es tomada por los médicos familiares en función de la gravedad y la multiplicidad de los factores de alto riesgo.

Cuando se presentan casos que no pueden ser atendidos en un segundo nivel por el riesgo que esto representa para la madre y su hijo, serán remitidos a un tercer nivel de atención.

¹¹ BUTNARESCU Fregia, Glenda "Enfermería perinatal riesgos de la reproducción" Vol. 11 Edit. Limusa, México 1983 p.p. 51 – 87.

A continuación se mencionan los casos en que son remitidas las pacientes a un tercer nivel de atención:

- a) Pacientes que desarrollen afecciones que requieren procedimientos invasivos con fines diagnósticos y terapéuticos como por ejemplo:
 - Isoinmunización materno fetal
 - Hidropesía fetal
 - Obstrucción del tracto urinario fetal
 - Bloqueo cardíaco fetal congénito
 - Hidrocefalia fetal
- b) Las pacientes que presentan complicaciones médicas severas que afectan a la madre, por ejemplo:
 - Diabetes lábil
 - Insuficiencia cardíaca grado III y IV
 - Válvulas cardíacas artificiales
 - Lupus eritematoso sistemático
 - Anemia de células falciformes
- c) Pacientes que presentan complicaciones obstétricas que necesitan cuidados especializados, por ejemplo:
 - Preeclampsia y eclampsia graves con insuficiencia renal y edema pulmonar
 - Hipertensión que no responde a tratamiento
 - Hemorragia intracraneal
 - Síndrome de Hellp severo
 - Crecimiento intrauterino retardado grave
 - Unión de múltiples factores de alto riesgo

II.9. PARTO.

Un embarazo normal dura unas 40 semanas, o 280 días, contando desde el comienzo del último periodo menstrual. A veces las mujeres dan a luz mucho antes de la fecha esperada, lo que da origen a un niño prematuro. Un 7% de los niños que nacen son prematuros, es decir, nacidos antes de la semana 37 de embarazo. Los niños que nacen unas pocas semanas antes suelen desarrollarse con normalidad. Los últimos avances en el cuidado de niños prematuros permiten sobrevivir a muchas criaturas que nacen con 25 o 26 semanas.

Si el embarazo dura más de 42 semanas, el parto recibe el nombre de parto posttérmino.

El parto, proceso en el cual el niño es expulsado del útero por la vagina, comienza con contracciones irregulares del útero cada 20 o 30 minutos.

A medida que avanza el proceso aumenta la frecuencia e intensidad de las contracciones. La duración normal del parto para una madre que espera su primer hijo es de 13 a 14 horas, y unas 8 o 9 para una mujer que ha dado a luz antes. No obstante, existen grandes variaciones en cuanto a la duración del parto.

Tradicionalmente el parto se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento. El primero comprende desde el comienzo de los dolores o contracciones hasta que el cuello uterino se ha dilatado completamente.

El periodo de expulsión empieza en el momento en que el feto comienza a progresar a lo largo del canal del parto, una vez dilatado el cuello, y termina en el momento de su completa salida al exterior. Desde este momento, hasta la total expulsión de la placenta y sus membranas, se extiende el periodo de alumbramiento.

Algunas mujeres prefieren algún tipo de anestesia para aliviar el dolor del parto. Sin embargo, el parto natural cada vez es más frecuente debido en parte a que muchas mujeres saben que la anestesia y la medicación que reciben puede llegar rápidamente a través de la placenta al niño por nacer.

Otra opción, para conseguir una disminución de las molestias durante el parto, es la anestesia local, donde solo se duermen aquellas partes del cuerpo de la madre afectadas por el dolor del parto.

Tales anestésicos incluyen, el bloqueo de la parte inferior de la espina dorsal y la inyección epidural, con lo que se anestesia la región pélvica. La epidural no se debe usar al principio de la dilatación porque prolonga peligrosamente el parto; después solo se utiliza para calmar el dolor de expulsión (y quizás de la dilatación final). Otra opción es la cesárea, que consiste en sacar al bebé del útero quirúrgicamente, pero no es una alternativa para el dolor. Sirve para evitar algunas complicaciones del parto natural y sólo se realiza si existe una razón médica específica¹²

II.10. ANTECEDENTES HISTORICOS DE CESÁREA.

La operación cesárea ha sido parte de la cultura humana desde la antigüedad. De acuerdo con la mitología griega, Apolo fundador del culto religioso de la medicina extrajo a Esculapio del abdomen de su madre. Numerosas referencias aparecen en la cultura Hindú, Egipcia, Griega y Romana. Los Chinos prohibían este procedimiento en mujeres vivas.

Aunque el origen del nombre de la cesárea no es posible determinarlo, se cree que deriva del nacimiento quirúrgico de Julio César, y en aquel entonces el procedimiento se realizaba sólo cuando la madre había fallecido o se encontraba a punto de morir, en un intento de salvar al Recién Nacido. Otro posible origen latino incluye el verbo “caodere”

¹² SANCHEZ Sanz, Ramiro, “Enciclopedia microsoft Encarta” 2000.

que significa "corte". Hasta los siglos XVI y XVII el procedimiento se conocía como operación cesárea, lo cual empezó a cambiar posterior a la publicación de Jacques Guillimeau en 1598 y el término es sustituido por "sección". Fue hasta la edad media cuando ocurrió el primer informe de madre e hijo que sobrevivieron tras una operación cesárea en Suiza en 1500.

La mayoría de las cesáreas realizadas en un inicio con éxito, se realizaron en áreas rurales, ausentes de facilidades médicas y personal capacitado llevándose a cabo en mesas de cocinas o camas. Con el advenimiento del renacimiento, los conocimientos de la anatomía fueron enriquecidos y con ello los cirujanos pudieron tener una mejor capacitación para llevar a cabo las posibles operaciones, como la cesárea.

Aunque en la sociedad occidental no se permitía el acceso a la educación para la mujer, la primera cesárea exitosa registrada en el imperio inglés fue realizado por una mujer, en algún momento entre 1815 - 1821 por James Miranda Stuart Barry, disfrazada de hombre. Fue hasta la época que se inició la industrialización donde los hospitales tuvieron una importancia e influencia en la medicina haciendo que las mujeres parturientas fueran atendidas en lo mismo y pudieron efectuarse con mayor frecuencia operaciones del tipo cesárea con éxito y con menor morbi mortalidad. Fueron creados Hospitales para la atención de la mujer en Estados Unidos y Europa para la segunda mitad del siglo XIX reflejando interés médico en la sexualidad y las enfermedades de la mujer.

La introducción de la anestesia permitió a los cirujanos operar con precisión y con mayor pulcritud haciendo que el riesgo de sangrado y de infección disminuyera, ya que estas eran las principales causas de morbi mortalidad post - operatoria, sustituyendo también la craneotomía fetal y el fórceps obstétrico con indicaciones dudosas.

Entre 1880 y 1925 se inició la era de las incisiones en el segmento uterino y el refinamiento de la técnica disminuyó notablemente el riesgo de infección y posterior ruptura en embarazos subsecuentes. En la mujer alteraciones de la excavación pélvica no propias para un parto, lo cual incrementa notablemente en los años subsecuentes el porcentaje de cesáreas.

En los Estados Unidos para la década de los noventa aproximadamente uno de cada cuatro Recién Nacido había nacido por vía abdominal, lo que equivalía a 982,000 recién nacidos. Este gran incremento se puede considerar que se debió a factores tecnológicos, culturales, profesionales y legales que persisten hasta hoy en día. Existe hoy un consenso general, que se ha llegado a un límite no adecuado del índice de nacimiento por la vía abdominal trayendo consigo reflexiones, normalización y vigilancia más exhaustiva para tratar que en el nuevo milenio la tasa sea menor.

En nuestro país ya desde 1957 alarmaba el creciente índice de cesáreas. Se sabía desde entonces que los factores predisponentes de dicho incremento se encontraban los adelantos tanto en técnicas quirúrgicas como anestésicas además del uso de antibióticos. En aquellos tiempos la frecuencia oscilaba ente el 3.4 y 5.5%. Cinco décadas han transcurrido. El índice aumenta y la preocupación perdura.

Se considera que la práctica de la operación cesárea ha tenido un progresivo y alarmante aumento hasta alcanzar en nuestro país cifras de 62% o más, de todas las atenciones obstétricas.

En las últimas décadas ha habido un aumento espectacular en el índice de cesáreas. En la mayoría de los países incluyendo el nuestro pasando de una incidencia de 5 a 7% en la década de los 60, a cifras de 15 a 20% en la década de los 80 y del 35% en la actual década.

Las razones para ello han sido la mayor seguridad de la intervención gracias a los progresos de la anestesia, antibiótico terapia y hemoterapia, junto con el gran deseo del ginecoobstetra de obtener no sólo fetos vivos, sino sanos en todos los aspectos: anatómico, psicológico y funcional. Otras de las razones por la alta incidencia de la operación cesárea, es la cesárea de repetición la cual se ha venido efectuando con más frecuencia. Algunos autores o instituciones toman al pie de la letra el aforismo de Craigin de que "una cesárea, siempre cesárea" que data desde 1916, época en que la mayoría de las cesáreas se efectuaban mediante una cesárea corporal clásica.

La presencia de este aforismo clásico en diferentes países hasta nuestros días, se ha debido fundamentalmente al temor de que se produzca una dehiscencia o ruptura uterina durante el trabajo de parto. Sin embargo, con el advenimiento de la técnica de Kerr, este riesgo se ha reducido notablemente.

El menor temor al riesgo que implica la práctica de esta intervención ha permitido que las indicaciones para realizar esta operación sean más frecuentes; por este motivo, las maniobras obstétricas se han limitado de manera importante y en forma especial las versiones fetales externas, la extracción podálica, así como el hecho de no darle a la mujer que tiene cesárea previa la mínima oportunidad de tener parto por vía vaginal.

Recientemente y con el afán de disminuir dicha práctica, sobre bases bibliográficas firmes se ha puesto en tela de juicio lo que por más de 40 años se ha considerado como una epidemia quirúrgica (la práctica indiscriminada de esta operación) y aunque se han descrito algunas acciones en forma aislada, no se ha puntualizado la estrategia global que pudiera reducirla.

II.10.1 INCIDENCIAS.

Una de las consideraciones a futuro realizadas en los Estados Unidos en el afán de disminuir el índice es considerar que la tasa ha llegado al límite mayor de 25% y se logrará ir disminuyendo en forma progresiva para el año 2000 tener solo el 15%. Ellos consideran que ésta será 12% para primigesta y 3% en cesárea de repetición teniendo un 8% para cesárea previa 7% por distocia, 4% por presentación pélvica, 2 a 3% por baja reserva. Los obstetras deben considerar el impacto de una cesárea y de la cicatriz uterina antes de ejecutarla.

II.10.2. INDICACIONES.

Las indicaciones de la operación cesárea también son un punto de controversia ya que han surgido múltiples indicaciones tanto para el feto como para la madre con el propósito de reducir la morbi - mortalidad perinatal. Existen cuatro grandes indicaciones para la realización de la cesárea, en primer lugar está la distocia, que para los obstetras puede tener un significado distinto, es la primera causa de la operación, en esta, son dos las recomendaciones efectuadas para una disminución de la tasa: no realizar cesárea en fase latente del trabajo de parto. La determinación para decidir cuando existe distocia en los diversos estudios de detención de la fase activa del trabajo de parto o falta de descenso durante el mismo conllevó la decisión rápida de operar sin efectuar una vigilancia obstétrica mayor.

La segunda causa de repetición se cree, que si se evalúa a cada paciente en forma individual, podría ser posible el dejar el trabajo de parto a un grupo de pacientes condenadas a una nueva cesárea.

La tercera indicación es la presentación pélvica, en ésta, la discusión esta basada en la morbi-mortalidad fetal y su repercusión a largo plazo; aquí en los casos de prematuros o malformaciones fetales.

La cuarta indicación tiene un punto de apoyo importante, que es la monitorización fetal y la toma de muestras de sangre en cuero cabelludo; lo que exige esta indicación es si se esta diagnosticando el sufrimiento fetal adecuadamente o hay un abuso tecnológico, en base a la monitorización exclusivamente¹³.

II.11. CESAREA.

Es la intervención quirúrgica tiene por objeto, extraer el producto de la concepción vivo o muerto a través de una laparotomía e incisión en la pared uterina, después de que el embarazo a llegado a las 27 semanas de gestación.

Los términos cesárea, laparotomía y parto abdominal designan el nacimiento de un feto de 500g o más en una operación abdominal que requiere incidir la pared uterina. La cesárea es de utilidad para salvar la vida de la madre y el feto¹⁴.

¹³ AHUED, José Roberto, "Parto y Cesárea", Programa de actualización Continua en Gineco Obstetricia, 1998, p.p. 28 - 38.

II.11.1. INDICACIONES.

Existen pocas indicaciones absolutas para la cesárea. Hoy en día la mayoría se lleva a cabo ante todo a beneficio del feto. De las varias indicaciones posibles, el 75 al 90% de las cesáreas se realizan por las siguientes cuatro razones: distocia, cesárea previa, presentación podálica y sufrimiento fetal (Marieskind, 1989). Otras indicaciones para el procedimiento incluyen infección activa por herpes, prolapso del cordón umbilical, complicaciones médicas como la hipertensión inducida por el embarazo, malformaciones placentarias como la placenta previa y el desprendimiento prematuro (abruptio), presentaciones anómalas como la de hombro y anomalías como la hidrocefalia¹⁵.

II.11.2. TIPOS DE CESAREA.

- a) Según los antecedentes obstétricos de la madre:
 - ❖ Primera: es la que se realiza por primera vez.
 - ❖ Iterativa: la que se practica cuando a la paciente ya se ha realizado una o más cesáreas anteriormente.

- b) Según su indicación:
 - ❖ Urgencia: se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
 - ❖ Electiva: se programa para ser realizada en una fecha determinada por indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

- c) Según su técnica quirúrgica:
 - ❖ Transperitoneales:
 - Corporal o clásica
 - Segmento corporal (tipo Beck)
 - Segmento arciforme (tipo Kerr)
 - ❖ Extraperitoneales

II.11.3. TRANSPERITONEALES:

Corporal o clásica:

Se realiza en el cuerpo uterino.

Indicaciones mas frecuentes:

- Cáncer cérvico-uterino invasor.
- Embarazo pre-termino.
- Histerorrafia corporal previa.

¹⁵ LOWDERMILK, Perry, et. al. "Enfermería Moderna Infantil", México, 1998, p.1001.

- Procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior
- Placenta previa en cara anterior.
- Cesárea post-mortum.
- Cuando después de la cesárea se realiza una histerectomía.

Desventajas:

- Apertura y cierre más difícil.
- Mayor hemorragia.
- Adherencias mas frecuentes.
- Histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehisciente con un nuevo embarazo.

Segmento corporal:

Se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino.

Indicaciones:

- Embarazo pre-término.
- Embarazo gemelar.
- Situación fetal transversa con dorso inferior.
- Presentación pélvica.
- Placenta previa en la cara anterior del útero.
- Anillo de retracción e histerorrafias corporales previas.

Desventajas:

No difieren de la anterior.

Segmento arciforme o transversal:

Es la técnica mas usada por sus múltiples ventajas.

Ventajas:

- Produce menos hemorragia.
- Permite fácil apertura y cierre de la pared uterina.
- Cicatriz uterina muy resistente con poca posibilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y pocas adherencias postoperatorias.

II.11.4. EXTRAPERITONEALES:

Cesárea extraperitoneal:

Esta técnica es de poco uso.

Indicaciones:

- En los casos con infección ovular o gran riesgo de ella pues evita la contaminación de la cavidad abdominal y del peritoneo.

Variantes:

Existen variantes pre-vesicales, supra-vesicales y para-supra-vesicales.

Desventajas:

- Lesiones traumáticas en la vejiga durante el acto quirúrgico.

II.11.5.SEGÚN SU INSICION ABDOMINAL:

DEL SEGMENTO INFERIOR:

Cesárea pfannenstiel:

En este caso se efectúa una incisión cutánea horizontal, llamada incisión de Pfannenstiel o <herida de bikini>, en sentido transverso a nivel del monte de Venus¹⁷.

La ventajas de la incisión de Pfannenstiel son:

- La incisión cutánea baja queda oculta por el bello púbico.
- La pérdida de sangre es mínima.
- Se reduce el riesgo de que se rompa la cicatriz uterina durante los embarazos subsecuentes.
- Hay menos distensión abdominal en el post – operatorio.
- Disminuye la posibilidad de debilitamiento y rotura de la cicatriz del útero porque el tejido que esta en el segmento inferior del útero es menos contráctil que el cuerpo de este órgano¹⁸.

Las desventajas son:

- El procedimiento requiere mas tiempo.
- No es útil en caso de urgencia, porque las características anatómicas de la región limitan la ampliación de la herida quirúrgica y el espacio en el que se puede trabajar es relativamente limitado¹⁹.

¹⁷ idem

¹⁸ idem

¹⁹ idem

Cesárea clásica.-

La cesárea clásica se efectúa mediante una incisión vertical en la línea media sobre la piel abdominal y la pared del cuerpo uterino. Este tipo de cesárea suele emplearse en caso de urgencia, porque resulta más rápido el acceso al feto.²⁰

Las ventajas de la cesárea clásica son:

- Más fácil acceso al feto que se encuentra en situación transversa.
- Mejor acceso cuando existen adherencias abdominales por cirugía previa.
- Nacimiento rápido cuando está en peligro la salud de la madre.
- Puede usarse cuando el parto vaginal plantea riesgos fetales o maternos²¹.

Las desventajas son:

- Se pierde más sangre, por el corte de vasos miometriales de gran calibre.
- La musculatura uterina queda debilitada por la incisión en la línea media.
- Aumenta el riesgo de rotura uterina en embarazos subsecuente.
- Es una operación abdominal mayor.
- Es más alta la tasa de morbi-mortalidad materna que en el caso de parto vaginal.
- Ocurren complicaciones quirúrgicas como hemorragia y lesiones de los órganos pélvicos o abdominales.
- El riesgo de infección es mayor²².

Parto quirúrgico mediante incisión uterina.-

La cesárea debe llevarse a cabo siempre que suponga un procedimiento más seguro, para la madre o el feto, que el parto vaginal. Aproximadamente un 15 a 25% de los partos se realizan por cesárea, dependiendo del hospital y de la población asistida. Muchos centros están trabajando para intentar disminuir esta frecuencia. La decisión y el procedimiento a seguir requieren de Obstetra Neonatólogo u otro médico experimentado en resucitación neonatal. La técnica es segura, porque permite la anestesia por técnicas moderna, tratamiento intravenoso, antibióticos, transfusiones sanguíneas y deambulación precoz. Sin embargo, es menos segura que el parto vaginal con una tasa morbi-mortalidad varias veces mayor²³.

Se utilizan dos tipos de incisión uterina: clásica y del segmento inferior. La incisión clásica es longitudinal, en la pared anterior del útero y ascendente hacia el **fundus**. Se receta a las pacientes con placenta previa o posición transversa del feto. La pared uterina esta mas vascularizada en esta zona, por lo que la perdida hemática suele ser mayor que si se realiza una incisión en el segmento inferior, aunque la cicatriz no es tan fuerte como en ésta en previsión para embarazos posteriores. La incisión del segmento inferior se realiza

²⁰ idem

²¹ idem

²² idem

²³ idem

²³ BEERS, Mark H., et al. "Manual de Merck". 1999, p. 274.

transversal o longitudinalmente a nivel de la porción interior del cuerpo uterino, que se encuentra adelgazada y alargada, por detrás de la inflexión de la vejiga. La incisión longitudinal se reserva a las presentaciones más anómalas y a los fetos excesivamente grandes para evitar la extensión lateral de la incisión hacia las arterias uterinas, que causa una mayor pérdida de sangre. Las incisiones transversas son más sencillas de cubrir con la vejiga aunque las longitudinales con extensión al segmento superior en uno a dos cm. también pueden cubrirse fácilmente y no tienen un riesgo mayor que las transversas. El parto vaginal en gestaciones posteriores tiene una frecuencia de éxito de cerca del 75% y debe ofrecerse como opción a todas las mujeres que han sido sometidas a cesáreas con incisión en el segmento inferior. El mejor tratamiento en el caso de cesáreas repetidas es el manejo correcto del trabajo del parto previo.

En las últimas 2 décadas la frecuencia de la cesárea se ha incrementado año con año, a través del tiempo han sido varios los factores que han contribuido al aumento en la tendencia de esta operación²⁴.

La cesárea es quizá la más antigua de las operaciones tan útil y necesaria en la actualidad; ha pasado por innovaciones importantes e interesantes a través de toda la historia del hombre, para irse perfeccionando hasta el grado en que hoy la conocemos. En nuestro país se ha observado un aumento progresivo de la operación en 1948 fue de 3.4%, en 1966, de 5.5% en 1982 y de 17% en 1984 de 24.2%²⁵.

En relación con nuestro ámbito de trabajo podremos mencionar que en el centro hospitalario 20 de noviembre del ISSSTE, refieren una tasa de operación cesárea de 32.0% y hasta de 42.8% en hospitales de concentración.²⁶

A través del tiempo han sido varios los factores que han contribuido al aumento de la tasa de operación cesárea, uno de los más antiguos fue la doctrina establecida por Crasgin en 1916: "Después de cesárea, siempre cesárea" ésta doctrina es anacrónica, pues existe experiencia a nivel mundial, que indica que una cesárea puede ser seguida de un parto con una posibilidad de éxito hasta del 86% utilizándose oxitocina por la misma razón, que para las pacientes sin cesárea previa²⁷.

Clínica Hospital ISSSTE Mazatlán.- Es una Institución pública de segundo nivel, descentralizada que brinda atención médica a los trabajadores al servicio del Estado, su misión es cuidar de la salud de las personas que requieren de sus servicios, tiene una cobertura de referencia de atención para la población de los municipios de San Ignacio, Mazatlán, Concordia, Rosario y Escuinapa.

El panorama económico que vive actualmente el país se encuentra impactando fuertemente al sector salud, la asignación de plazas se encuentra constreñida, los costos del

²⁴ idem

²⁵ J. JUAREZ, Servando, et. al., op. cit. p. 310.

²⁶ URIBARREN Barrueta, Oscar, et. al. "Cesárea su frecuencia e indicaciones", Revista de Ginecología y Obstetricia de México, vol. 61, 1993, p.169.

²⁷ OLIVARES, Angel Sergio, et. al., "Cesárea Frecuencia e indicaciones", Revista de Ginecología y Obstetricia de México, vol. 64, p. 80.

equipo y material son muy altos. Esta situación en los últimos años; ha impactado fuertemente a nuestra clínica hospital que a 20 años de su fundación carece del equipo con el que contaba en sus inicios, y otro tanto es obsoleto, viejo y deteriorado, la disminución del presupuesto asignado a nuestra clínica hospital ha sido gradual en los últimos años por ejemplo, durante casi seis meses permaneció descompuesto el equipo de rayos X. y los pacientes tenían que trasladarse a otra institución a realizarse los estudios. El servicio de ultrasonido se limita al turno de la mañana y con frecuencia el aire acondicionado se descompone afectando el servicio de quirófanos.

En turnos de fin de semana los Gineco-obstetras, realizan guardias imaginarias así como los anestesiólogos a los que se les tiene que localizar en su domicilio en caso de una urgencia. Existe la necesidad de aumentar la administración óptima de los recursos para evitar el despilfarro, pues aun con las carencias, se siguen teniendo fugas de material, medicamentos y extravío de equipos.

Los problemas externos e internos de nuestra institución, afectan en cierta medida la atención de calidad de excelencia que necesita la paciente al someterse a una operación cesárea.

El costo de las complicaciones que se presentan para la mujer y su producto, puede ser considerado desde varios puntos de vista porque afectan a la economía nacional. Los economistas de la salud pueden calcular sus redes de costos y beneficios. El análisis económico que afecta a nuestro hospital es, para el paciente y su familia, los costos del dolor, el sufrimiento y la enfermedad que es ahí hacia donde se deberán enfocar la misión del trabajo y esfuerzo de todo el equipo que atiende a la mujer embarazada y su producto.

II.11.6. PRINCIPALES INDICACIONES PARA REALIZAR OPERACIÓN CESÁREA

Aunque las indicaciones de la cesárea son comunes para casi todos los países de Latinoamérica pueden existir variaciones en el orden de presentación de estas y aún dentro de un mismo país, dependiendo de la institución y del tipo de hospital de que se trate.

En México, en resultados de trabajos de investigaciones realizados, reportan que las principales causas por las que se realiza la intervención son:

- a) Cesárea anterior.
- b) Desproporción céfalo pélvica.
- c) Sufrimiento fetal.
- d) Ruptura prematura de membranas.
- e) Presentaciones anormales.

a) Cesárea iterativa o anterior:

Es la operación cesárea de repetición después de 2 o más cesáreas previas, independientemente de la causa que la motivo, del número de gestaciones y de si haya o no habido partos previos.

En nuestro país se continúa con la vieja consigna **“Una vez cesárea, siempre será cesárea”** y por esta razón esta es una de las principales indicaciones de esta operación.

Si bien han existido indicaciones generales para practicar una cesárea, estas se han incrementado. Algunas de estas indicaciones pudieran considerarse “falacias” como es el hecho, de pensar que con esta intervención pudiéramos reducir: el número de lesionados cerebrales o el riesgo de ruptura uterina, en caso de intento de parto por vía vaginal en pacientes con cesárea previa. Otras consideraciones serían: el abandono de las maniobras obstétricas clásicas, el manejo inadecuado del embarazo prolongado, los controles rígidos de los diferentes periodos del parto, el uso inadecuado de la inducción y/o conducción, la creencia de que el nacimiento por vía vaginal altera negativamente el canal del parto afectando la relación sexual ideal. Indicaciones que en la actualidad, sabemos son falsas o controvertidas.

La cesárea iterativa se realiza en los casos de cesárea previa y su practica es cada vez más frecuente en todo el mundo, su propósito es evitar posibles riesgos.

La cesárea se programa si la dilatación esta contraindicada (como en la placenta previa central o total), si el parto es necesario pero no es posible inducirlo (por ejemplo estados hipertensivos que crean un ambiente intrauterino hostil que amenaza la vida del feto) o si el proveedor primario y la mujer lo han decidido (como una cesárea previa.

La mujer que esta programada para cesárea tiene mas tiempo para prepararse desde el punto de vista psicológico. Sin embargo, las respuestas psicológicas de estas pacientes pueden diferir. Las que tienen una cesárea previa, pueden tener recuerdos perturbadores de las situaciones que precedieron en el parto quirúrgico anterior y de sus experiencias en el periodo de recuperación postoperatoria. Pueden estar muy preocupadas por las cargas adicionales de tener que cuidar un bebé mientras se recuperan de una intervención quirúrgica. Otras pueden sentirse contentas de despejar la incertidumbre sobre la fecha y la hora del parto y evitar el dolor de la dilatación.

Siempre que se decida un parto, después de una cesárea anterior, se considera este parto como de alto riesgo. Deberá ser asistido por personal capacitado en unidades de segundo y tercer nivel de atención que cuente con la infraestructura necesaria para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse, incluyendo la posibilidad de cesárea en un lapso no mayor a 30 minutos.

b) Desproporción cefalo-pélvica:

Síndrome que es originado por causas maternas, fetales o ambas dependiendo de la relación existente entre el feto y la pelvis de la madre que impida una resolución del parto por vía vaginal.

Sus causas pueden ser:

- Pelvis estrecha deformada u obstruida y feto normal con buena actitud.
- Pelvis normal y feto macrosómico, anómalo (gigantismo e hidrocefalia) o con mala actitud.
- Pelvis y feto normales con relaciones feto pélvicas ajustadas, después de un trabajo de parto infructuoso.

El diagnóstico de la desproporción céfalo pélvica se hace mediante una valoración clínica adecuada de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, para realizar el diagnóstico se utiliza la prueba del trabajo de parto en las pacientes con relación cefalo-pélvica límite mediante la vigilancia estrecha y conducción en las cuales no hay riesgo materno fetal, tiene como objeto conseguir la evolución del trabajo de parto venciendo obstáculos previstos y presumiblemente franqueables.

c) Sufrimiento fetal agudo:

Alteración metabólica causada por la disminución de los intercambios feto-maternos que ocasionan hipoxia hipercapnia, hipoglucemia y acidosis, estas alteraciones provocan un funcionamiento celular anormal que puede conducir a daños histicos irreversibles, con secuelas o incluso la muerte fetal.

Sufrimiento fetal crónico:

Se presenta antes del inicio del trabajo de parto generalmente relacionado con; padecimientos materno fetales, en los que se ve comprometida la perfusión placentaria como: infecciones, trastornos hipertensivos, isoimmunización Rh, diabetes con daño vascular, anemia severa y otros, se traduce generalmente en un retraso del crecimiento fetal intrauterino y oligohidranios estos embarazos se consideran de alto riesgo y se deben vigilar con pruebas de bienestar fetal y ante alteraciones de las mismas, se valorará el momento y la vía más apropiada para interrumpir el embarazo.

d) Ruptura prematura de membranas:

Salida de líquido amniótico, a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares del embarazo mayores de 20 semanas de gestación o por lo menos 2 horas antes del inicio del trabajo de parto.

Causas predisponentes: Desarrollo inadecuado de las membranas corio-amniositis local, infiltración sanguínea corio amniótica por sangrados del 3º trimestre del embarazo, adherencias entre orificio cervical interno y membranas, multiparidad, edad del embarazo cercana al término incompetencia Istmica – cervical, anomalías congénitas uterinas y cervicales, polihidramnios y embarazo múltiple.

Causas desencadenantes: Hipertonia uterina por desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, administración errónea de oxitocina, contracciones de braxton Hicks intensas, movilidad brusca de miembros en presentaciones pélvicas y situaciones transversas, exploración manual vagino – cervical brusca o armada con amnioscopio, infusión de soluciones hipertónicas, dextrosa o cloruro de sodio en la cavidad amniótica, utilizadas como el elemento básico para que se presente el sufrimiento fetal. Es difícil en el abastecimiento de oxígeno a nivel celular, este déficit hace que se interrumpan los procesos metabólicos naturales mediante los cuales el feto obtiene energía a través del mecanismo aerobio. Cuando este déficit se presenta el feto utiliza la vía anaerobia que es un camino metabólico diferente, tiene determinados inconvenientes, uno de ellos es obtener menor cantidad de energía, se producen una cantidad de radicales ácidos que llevarán al feto a la acidosis.

II.11.7. CAUSAS:

Las mujeres que tienen una cesárea no programada, o de urgencia, y sus familias, experimentan cambios bruscos en sus expectativas del parto, los cuidados de la mujer en el posparto y los cuidados del bebé en casa. Esta puede ser una experiencia en extremo traumática para todos. La mujer por lo general llega al procedimiento agotada y decepcionada después de una dilatación infructuosa. Le preocupan su situación y la de su bebé. Puede estar deshidratada y tener bajas reservas de glucógeno. Debido a que todos los procedimientos preoperatorios deben de hacerse con rapidez y eficacia, el tiempo disponible para la explicación de los procedimientos y la operación es muy corto. Además, como los niveles de ansiedad de la madre y la familia tienden que ser bastantes altos en estos momentos olvidaran mucho de lo que se les dice o incluso en ocasiones le darán una interpretación errónea.

El diagnóstico durante el trabajo de parto es poco preciso y se basa en la presencia de 3 indicadores: alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal, presencia o no de meconio y alteraciones del PH de la sangre capilar obtenida del acervo cabelludo fetal (centros hospitalarios de tercer nivel), medio inductor del trabajo de parto, versión por maniobras externas, corto, etc.

Durante el trabajo de parto puede ser por desprendimiento de la placenta.

Analgésica o anestesia

Brevedad del cordón

Placenta previa

Prolapso del cordón

Eclampsia

Edema pulmonar

Paro respiratorio

Sin trabajo de parto
Circular del cordón
Prolapso del cordón
Placenta previa
Insuficiencia respiratoria
Edema pulmonar

El diagnóstico clínico se realiza mediante la observación de la salida de líquido amniótico a través del orificio cervical, mediante un examen con espejo vaginal, en forma espontánea, o con las maniobras de tornier o valsalva sin embargo, en algunas ocasiones representa todo un reto y se requiere de métodos auxiliares tanto de laboratorio como de gabinete para realizar el diagnóstico.

La conducta ante la ruptura prematura de membranas dependerá de la sospecha de infección, la edad gestacional y madurez fetal, y las condiciones obstétricas.

Quando no existe evidencia de infección se realizarán un manejo conservador de la paciente; que deberá incluir de manera general una 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, antibiótico terapia profiláctica y esquema de maduración pulmonar en caso de requerirse.

Con respecto a la conducta a seguir para la terminación del embarazo esta dependerá del nivel de atención y los recursos con que cuenta la institución, considerando las semanas de gestación para determinar la conducta obstétrica.

e) Presentaciones anormales:

Mal posición y mal presentaciones fetales, son esencialmente anomalías de posición presentación actitud o situación del feto que constituyen en conjunto la causa más común de distocia fetal la cual se presenta aproximadamente 5% de todos los trabajos de parte y se puede observar la presentación de cara, la situación transversa y más frecuentemente de un 3 a 4to.

De los casos de presentación pélvica en la mayoría de las unidades obstétricas esta modalidad de presentación en el trabajo de parto, es motivo de cesárea por si misma(excepto cuando la paciente se encuentra en periodo expulsivo) Aunque por su baja frecuencia no constituye una de las causas a expensas de la cual se incrementa el indicador de cesáreas.

En algunos países, en casos de presentación pélvica es utilizada la versión cefálica externa como una opción para disminuir el uso de la operación cesárea; la literatura reporta disminuciones significativas de la frecuencia de cesáreas sin efectos perinatales adversos, sin embargo para su utilización se requiere de un entrenamiento especial y práctica en la técnica para ser realizada por su personal médico.

Las causas que dan lugar a una operación cesárea se clasifican como:

- a) Maternas
- b) Fetales
- c) Mixtas

a) Causas maternas:

Distocia de partes óseas (desproporción cefalo pélvica):

- Estrechez pélvica
- Pelvis asimétrica o deformada.
- Tumores óseos de la pelvis.

Distocia de partes blandas:

- Mal formaciones congénitas
- Tumores que obstruyen el conducto del parto, en el cuerpo o segmento uterino, en cervix, en vagina y en la vulva.
- Operaciones previas en cuerpo uterino, cervix, vagina y vulva que impidan el progreso adecuado del trabajo de parto.
- Distocias de la contracción
- Hemorragias (placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normal inserta).
- Patologías maternas (pre – eclampsia, eclampsia, nefropatías, cardiopatías, etc.)

b) Causas fetales:

- Macrosomía fetal y síndrome de desproporción cefalo pélvica.
- Vicios de situación, presentación y actitud.
- Prolapso del cordón umbilical.
- Baja reserva fetal.
- Sufrimiento fetal, agudo, crónico o crónico agudizado.
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto.
- Algunos casos de 150 inmunización.
- Embarazo prolongado con contra indicación para parto vaginal.
- Cesárea post – mortum.

c) Causas mixtas:

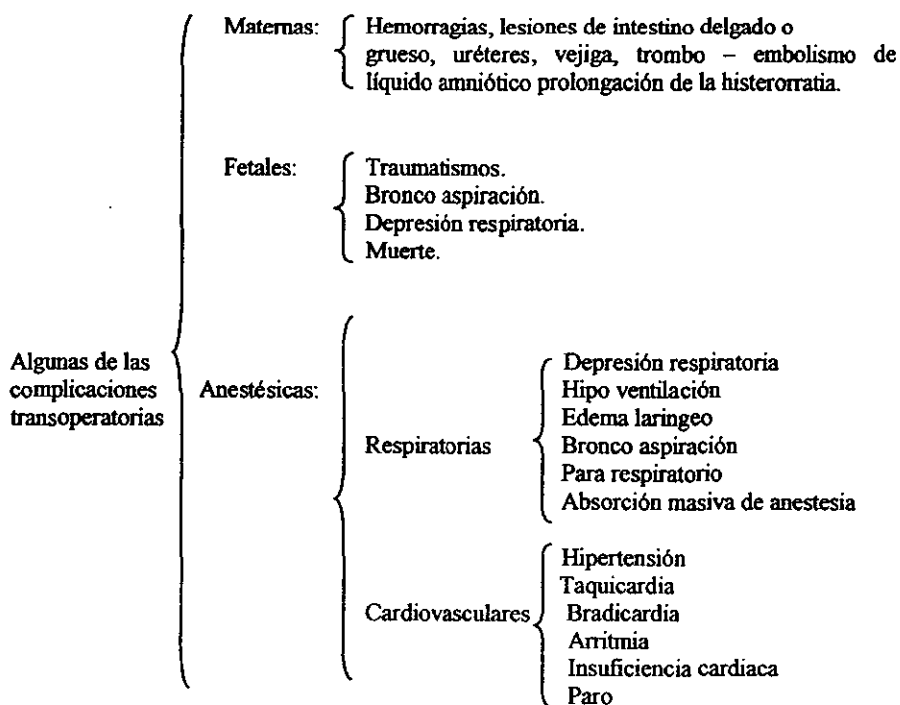
- Síndrome de desproporción cefalo pélvica.
- Sospecha o evidencia de dehiscencia de cicatrices de cesárea previa.
- Pre – eclampsia y eclampsia.
- Diabetes.

- Embarazo múltiple.
- Infección amniótica.

II.11.8. COMPLICACIONES

Las complicaciones de la operación cesárea pueden clasificarse como:

- Transoperatorias.
- Postoperatorias.



Complicaciones
Postoperatorias

- Inmediatas: Hemorragias, hematomas, daños a la vejiga y uretra como oliguria y hematuria
- Mediatas: Complicaciones respiratorias, cefalea posterior a la anestesia, infección urinaria, anemia, deshidratación, dilatación gástrica aguda, complicaciones en la pared abdominal, hematomas, abscesos, trombo embolismo pulmonar, retención de restos placentarios o de membranas, dehiscencia de la histerorrafia, infección puerperal, abscesos anéxales, tromboflebitis, trombosis de venas profundas de la pelvis fistulas urogenitales y otras.
- Tardías: Ruptura uterina en embarazos posteriores.

11.119. RIESGO DE INFECCIÓN EN UNA OPERACIÓN CESÁREA

El riesgo de infección, está relacionado a las condiciones en que esta es realizada.

CLASIFICACIÓN:

- a) Limpia
 - b) Contaminada.
 - c) Séptica.
- a) **LIMPIA:** Es la que se realiza en condiciones asépticas sin defectos de la técnica, ni lesiones en los aparatos gastro intestinal o urinario, no hay reacción inflamatoria en la vecindad y la cavidad no esta contaminada, y no se requiere del uso de antibióticos.
- b) **CONTAMINADA:** Se considera cuando existen: trabajo de parto con más de seis horas, más de seis tactos vaginales, membranas rotas de 6 a 24 hrs., antecedentes de amniocentesis, alto grado de dificultad de la técnica quirúrgica, anemia severa (hemoglobina menor de 9 mg.) se utilizan antibióticos.
- c) **SÉPTICA:** En ella hay evidencia de infección clínica, supuración o presencia de materia fecal, en esta categoría se incluyen las cesáreas con uno o más de estos factores:
Cuadro febril
Líquido amniótico fétido o caliente.

Ruptura prematura de membranas de más de 24 hrs.

Cesáreas con alto grado de dificultad en la técnica quirúrgica.

Se utilizaron antibióticos endovenosos ajustando la prescripción de acuerdo a la evolución de salud de la paciente.

11.11.10. EXPECTATIVAS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA CESÁREA

La mayoría de las madres y los niños se recuperan bien, con pocos problemas.

CONVALESCENCIA:

La estancia en el hospital es de 2 a 4 días.

La recuperación suele ser más prolongada que por un parto vaginal. Se recomienda caminar desde el primer día de la intervención para mejorar y acortar la recuperación.

Para el dolor de la incisión se suelen recomendar analgésicos.

II.11.11. RIESGOS

- Los riesgos de cualquier intervención bajo anestesia.
- Reacciones a la medicación.
- Problemas respiratorios.
- Hemorragias.
- Infecciones.
- Los riesgos adicionales incluyen: infección del útero.

II.11.12. COSTOS

El costo de cualquier cirugía varía significativamente entre cirujanos, instalaciones médicas y regiones del país.

En la Clínica Hospital ISSTE Mazatlán, se consideran los siguientes costos por intervención.

- Costo de cesárea..... \$ 5, 540.00
- Costo de parto..... \$ 4, 450.00
- Costo día estancia..... \$ 575.85

La variación del costo, dependerá de la presencia de complicaciones, considerándose un costo básico los anteriormente mencionados por intervención sin complicaciones.

II.12. LA ATENCIÓN ASISTENCIAL

Es imposible que cada hospital desarrolle y mantenga todo el espectro de especialistas médicos, de enfermería y de atención sanitaria, las instalaciones de laboratorio y los equipos necesarios para brindar atención óptima a todos los pacientes.

Como consecuencia, ha surgido lo niveles de atención hospitalaria, es decir, se organizan las instituciones que quedan dentro de una zona geográfica para proporcionar diferentes niveles de atención.

Un sistema ideal de zonificación, debe incluir la atención primaria e instituciones de tres niveles dentro del área geográfica designada.

Los establecimientos centralizados con personal y equipos especializados, reciben los pacientes derivados por aquellas instituciones que ofrecen sus servicios para situaciones de bajo riesgo (hospital de primer nivel). Los establecimientos de primer nivel tienen tres funciones principales:

1. Tratamiento del embarazo.
2. Identificación precoz del embarazo de alto riesgo y los recién nacidos de alto riesgo.
3. Prestación de los cuidados de estabilización en las urgencias obstétricas y neonatales.

Las instalaciones de segundo nivel, atienden tipos específicos de complicaciones maternas y neonatales también ofrecen la gama completa de los cuidados de maternidad y neonatales para casos no complicados. Los miembros del personal están educados y preparados para esas complicaciones concretas y cuentan con los equipos apropiados.

Las instalaciones de tercer nivel, los centros regionales, tienen una capacidad para manejar trastornos complejos tanto maternos como neonatales. A menudo se trasladan mujeres embarazadas a estos centros antes del nacimiento del bebé, para optimizar los resultados maternos, fetales y neonatales. Los centros regionales también prestan servicios educativos de largo alcance para el personal médico y de enfermería de la región.

Si las pacientes embarazadas son tratadas eficazmente durante su periodo prenatal e intraparto identificando los riesgos junto con las intervenciones oportunas durante el periodo neonatal y más tarde en el desarrollo.

La atención de mujer embarazada requiere de esfuerzos unificados del personal médico y de enfermería.

La identificación de la paciente de alto riesgo es fundamental para minimizar la mortalidad o la morbilidad materna, neonatales, o ambas.

En el ámbito operativo redituará en 4 aspectos básicos:

- a) Una reducción de las tasas actuales de operación cesárea en todas las Instituciones del Sistema Nacional de Salud.
- b) Una reducción en las tasas nacionales de mortalidad materna.
- c) Una reducción de los costos de la atención ginecológica y obstétrica en el ámbito hospitalario.
- d) Una sustancial mejoría en la atención y salud perinatal la cual no debe ser afectada en forma negativa²⁸.

Es obvio que el incremento en el índice de cesáreas es el resultado de nuevas e innovadoras indicaciones. Sin embargo, obliga la pregunta que si tanto la evolución como el perfeccionamiento de la operación se dieron con la única finalidad de ofrecer un mejor futuro a la madre y su hijo, estemos incurriendo en la actualidad en un exceso de ciencia

II. 13. EL RECIÉN NACIDO

El periodo neonatal se extiende desde el parto hasta el día 28 de vida. Durante este tiempo el neonato debe hacer muchos ajustes a la vida extrauterina.

Con el corte del cordón umbilical el niño comienza a pasar por una fase de cambios rápidos y complejos. Aparecen muchas adaptaciones biológicas que hacen posible que el bebé se adapte a la vida extrauterina.

II.13.1. EXPLORACIÓN FÍSICA COMPLETA DEL RECIÉN NACIDO

Esta exploración del recién nacido ha de realizarse antes de las primeras 12 horas de vida, y debe incluir una determinación más precisa de la edad gestacional, utilizando tanto los datos físicos como los neuromusculares.

Mediciones: La longitud del cuerpo se mide desde la coronilla hasta el talón. El perímetro cefálico (la medida más grande por encima de las orejas) debe ser aproximadamente la mitad de la longitud del cuerpo más 10 cm.

El peso medio al nacimiento de los recién nacidos a término es de 3.2 kg. y la valoración del peso en relación con su edad gestacional puede proporcionar claves importantes para diversos estados. Si el recién nacido es pequeño para su edad gestacional, debe sospecharse una infección intrauterina o una anomalía cromosómica; un recién nacido puede ser grande para su edad gestacional a causa de una diabetes mellitus o un hiperinsulinismo materno, como sucede en el síndrome de Beckwith; a una cardiopatía

²⁸ J. JUAREZ, Servando, et. al., op. cit. P. 317.

congénita cianótica debida a una transposición de las grandes arterias; a obesidad materna, o a una predisposición familiar, como ocurre en los indios Crow y Cheyenne de Montana.

Aparato cardiorrespiratorio: En condiciones normales, las respiraciones del recién nacido son abdominales y oscilan entre 40 y 50 /min. Los ruidos respiratorios son ásperos, pero deben auscultarse por igual en todo el tórax. Los ruidos cardíacos, audibles con el estetoscopio, son más intensos por debajo del esternón. La frecuencia cardíaca es de 100-150 latidos por minuto (promedio, 120). Puede haber una marcada arritmia sinusal. Los soplos son frecuentes, pero sólo alrededor del 10% se asocian con cardiopatías congénitas. Los recién nacidos con cardiopatías congénitas graves, como la atresia aórtica o la hipoplasia del ventrículo derecho o izquierdo, pueden presentar cianosis o insuficiencia cardíaca.

Los pulsos femorales son palpables, y es necesario comprobar y comparar su fuerza; si son débiles, deben hacer sospechar una coartación de la aorta o una anomalía ventricular izquierda. Los pulsos débiles se confirman mediante un Doppler de PA. Con este método, se usa un transductor acoplado al manguito inflable para detectar las turbulencias que aparecen en el interior de los vasos al deshinchar el manguito y, por tanto, se determinan con gran precisión las presiones sistólica y diastólica. También puede emplearse el método del flujo. Este método consiste en drenar la sangre de una extremidad, elevándola hasta que la piel palidece. Se hincha un manguito de PA previamente aplicado, como se hace durante la determinación normal de la PA y, con el miembro situado al nivel del cuerpo del paciente, se reduce poco a poco la presión del aire, hasta obtener una lectura (que representa la PA sistólica), cuando la piel recupera su color normal.

Aparato musculoesquelético: Las extremidades deben adoptar una posición simétrica y poseer una movilidad activa. Con el niño en decúbito supino y las caderas y rodillas flexionadas, debe ser posible la abducción completa de los muslos hasta la superficie de la mesa de exploración; las limitaciones de la abducción y la presencia de un chasquido palpable cuando la cabeza femoral se introduce en el acetábulo son los signos cardinales de la luxación congénita de la cadera. Las niñas y todos los nacidos en presentación de nalgas son particularmente propensos a sufrir luxaciones de esta articulación. Si se duda de la movilidad de la cadera, deberá practicarse una ecografía y consultar a un ortopedista. Cuando la displasia de la articulación de la cadera es mínima, puede bastar con la aplicación de dos o tres pañales. Sin embargo, en los casos más graves, el ortopedista debe aplicar una férula en abducción, aunque sólo tras revisar la ecografía. Si el especialista no puede acudir de inmediato, deberán usarse pañales triples 24 horas al día, hasta que pueda aplicarse la férula. Cuando se usan pañales desechables, debe colocarse un pañal de este tipo en íntimo contacto con la piel y añadir otros dos de tela, como capas externas para obtener un efecto de masa. Si se encuentran un pie zambo o cualquier otra malformación ortopédica, el tratamiento deberá iniciarse inmediatamente.

Sistema nervioso: Deben explorarse los reflejos de Moro, de succión y de búsqueda. Los reflejos tendinosos profundos deben estar presentes y han de ser simétricos.

Piel: La piel suele estar rubicunda y la acrocianosis es frecuente durante las primeras horas. Al cabo de algunos días, son comunes la sequedad y la descamación, sobre

todo en los pliegues de muñecas y tobillos. En las presentaciones de vértice se pueden encontrar petequias en el cuero cabelludo y en la cara a causa de la presión ejercida durante el parto, pero normalmente no aparecen por debajo del ombligo. La vérnix caseosa cubre casi todo el cuerpo después de las 24 semanas de gestación y disminuye a partir de las 40 semanas

Cabeza: En las presentaciones de vértice, la cabeza estará moldeada, con superposición de los huesos craneales en las suturas, y habrá cierta tumefacción, equimosis o ambas del cuero cabelludo (caput succedaneum). En los partos de nalgas, la cabeza no suele estar moldeada y la tumefacción y las equimosis afectan a la parte presentada (es decir, nalgas, genitales o pies). Las fontanelas pueden variar desde la anchura de la yema de un dedo hasta varios centímetros. Un céfalo hematoma es una acumulación de sangre entre el periostio y el hueso, que produce una tumefacción que no sobrepasa la línea de sutura. Se puede encontrar sobre uno o ambos huesos parietales y, en ocasiones, en el occipucio. Los céfalo hematomas suelen manifestarse después de varias horas; cuando el edema desaparece, ceden poco a poco a lo largo de algunos meses y no deben ser aspirados.

Puede haber una asimetría facial debida a la posición adoptada en el interior del útero. La asimetría de los pliegues nasolabiales y los surcos perioculares que aparece cuando el niño llora debe hacer sospechar una parálisis facial.

Los ojos deben abrirse de forma simétrica. Las pupilas deben ser iguales y reaccionar a la luz y deben visualizarse los fondos. Si se obtiene un reflejo rojo en el examen oftalmoscópico, habrá que excluir la presencia de opacificaciones del cristalino. Las hemorragias esclerales son frecuentes.

Las orejas deben explorarse para determinar la edad gestacional y para valorar su posición. Las orejas de implantación baja indican muchas veces una anomalía renal o genética. Los conductos auditivos deben ser permeables y las membranas timpánicas, visibles. Aunque existen dispositivos portátiles de bajo coste para comprobar la audición del recién nacido, su fiabilidad y validez con fines de detección sistemática no han sido demostradas. Las pruebas de respuestas auditivas evocadas del tronco cerebral deben utilizarse en los pacientes de alto riesgo, que han de ser identificados mediante una historia cuidadosa de sordera familiar, rubéola fetal, ictericia neonatal o tratamiento de la madre o del recién nacido con aminoglucósidos.

Hay que explorar la boca para comprobar la integridad del paladar y la úvula y descartar los quistes de las encías o el frenillo corto congénito (lengua frenada). Las pequeñas elevaciones perladas (perlas de Epstein) y ulceraciones (aftas de Bednar) del paladar duro son normales. También debe valorarse la capacidad de succión del recién nacido.

Abdomen: El 10% de todos los recién nacidos presentan anomalías o hallazgos que requieren un control cuidadoso durante los primeros días de vida, incluyendo la forma, tamaño o posición anormales de los riñones y otras vísceras. En condiciones normales, el hígado se palpa a 1-2 cm por debajo del reborde costal derecho y la punta del bazo es fácil

de palpar. En general, ambos riñones son palpables, el izquierdo con más facilidad que el derecho; si no se palpan, deben sospecharse una agenesia o una hipoplasia. Unos riñones grandes pueden deberse a obstrucción, tumores o enfermedad poliquística. La incapacidad para la micción del recién nacido varón puede indicar la presencia de válvulas uretrales posteriores. La hernia umbilical por debilidad del anillo muscular umbilical es frecuente, pero rara vez produce síntomas o precisa tratamiento.

Genitales: En el varón a término, los testículos deben encontrarse en el escroto. Son frecuentes los hidroceles y hernias inguinales del recién nacido. La presencia de una masa escrotal firme y de distinto color puede indicar una torsión testicular, sobre todo tras un parto de nalgas. Aunque rara y, aparentemente, no dolorosa en el recién nacido, la torsión constituye una urgencia quirúrgica. Puede diferenciarse de la contusión simple por la distribución de la equimosis y por la firmeza de los testículos torsionados. Si la masa corresponde a un hidrocele, se transparentará por transluminación. En las niñas recién nacidas, los labios vaginales son prominentes. Puede haber secreciones mucosas y, en ocasiones, serosanguinolentas (seudomenstruales), que son transitorias y no irritantes. Por el contrario, el hallazgo de coágulos exige una investigación más detallada. Un pequeño colgajo de tejido en la horquilla vulvar posterior, que se atribuye a la estimulación hormonal materna, desaparece al cabo de algunas semanas.²⁹

11.13.2. CLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO SEGÚN SU EDAD GESTACIONAL Y EL PESO AL NACER

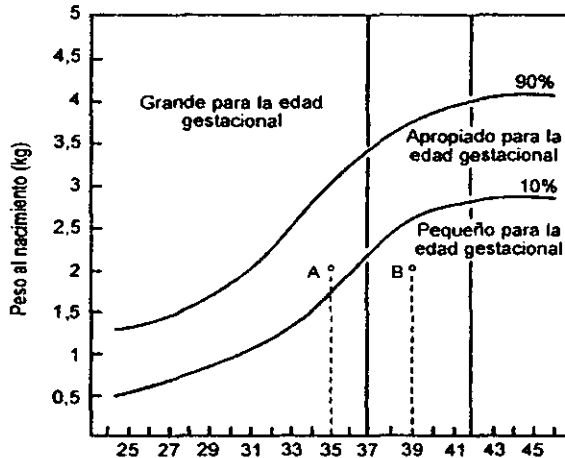
Los recién nacidos se clasifican como prematuros, a término o posmaduros. La edad gestacional, el principal determinante de la madurez de los órganos, puede establecerse de forma rápida y exacta durante los primeros días de la vida mediante la puntuación de Ballard.

A continuación, comparando el peso con la edad gestacional en una gráfica, podemos apreciar que cada lactante se clasifica como: de peso bajo, adecuado o alto para su edad gestacional. También se comparan el perímetro cefálico y la talla con la edad gestacional.

Tanto los factores genéticos como las alteraciones intrauterinas que predisponen al lactante a desarrollar problemas perinatales influyen en estos parámetros que, a su vez, sirven para predecir el crecimiento y desarrollo postnatales y prever posibles problemas, que se pudieran presentar en el recién nacido dentro de sus primeras horas de vida extrauterina.

²⁹ BEERS, Mark., et. al., op. cit. p.p. 2090-2092.

TABLA PARA VALORAR PESO Y EDAD GESTACIONAL



El peso medio del lactante a término es de 3,500 gr. Antiguamente se consideraba prematuro al nacido con un peso inferior a 2,500 gr. Con la llegada de la neonatología, o estudio del recién nacido, se comprendió que el bebé de más de 2,590 gr. También podría ser prematuro. En otras palabras el peso no es un factor que determine si los sistemas corporales del recién nacido son maduros. Mas bien es la edad gestacional el principal indicador de madurez orgánica y de la capacidad de madurez de adaptación al medio ambiente extrauterino.

Como ya se ha descrito, el recién nacido pretérmino es aquel que ha completado 37 semanas o menos de gestación; el recién nacido a término es el que ha alcanzado entre 38 y 41 semanas de gestación, y el recién nacido posttérmino es el que ha completado 42 o más semanas de gestación. Esta clasificación de la edad gestacional de un recién nacido está universalmente aceptada.

Los recién nacidos de más de 37 semanas de gestación se clasifican según el peso para la edad gestacional y se comparan con los modelos para su edad gestacional (PEG) es aquel que pesa menos del 90 % de los de su misma edad gestacional.

El recién nacido grande para la edad gestacional (GEG) pesa más que el 90 % de los recién nacidos de la misma edad gestacional.

El peso del recién nacido adecuado para la edad gestacional (AEG) está por debajo del 10 % de los más grandes de su misma edad gestacional y por encima del 10 % de los más pequeños.

El lactante de bajo peso al nacer (BPN) que pesa menos de 2,500 gr. También es pequeño para la edad gestacional y por tanto un bebé de riesgo.³⁰

II. 13. 3. ASISTENCIA INICIAL DEL RECIÉN NACIDO

En el momento del nacimiento, el recién nacido normal respira espontáneamente, una vez que se han limpiado sus vías respiratorias de moco y residuos mediante una aspiración suave con perilla.

El cordón se pinza y se corta después de la primera respiración; en la superficie de corte deben ser visibles una vena y dos arterias. Se seca suavemente al recién nacido y se le coloca en una manta estéril y seca, o sobre el abdomen de la madre; el mantenimiento de la temperatura corporal es de importancia capital.

Todo el personal debe usar una buena técnica de lavado de manos, puesto que los mecanismos de defensa contra la infección del recién nacido no son totalmente maduros.

Deben emplearse las precauciones universales y el recién nacido debe ser manejado con guantes de aislamiento hasta después de su primer baño.

Es preciso identificar las anomalías mayores o que ponen en peligro la vida del recién nacido, como las malformaciones externas (por ejemplo, onfalocele, mielomeningocele, labio leporino y paladar hendido) y deformidades ortopédicas (p. ej., pie zambo o número anormal de dedos en manos o pies).

Otras anomalías posibles son el abdomen escafoideo, que aparece en la hernia diafragmática, y la asimetría o aumento del diámetro anteroposterior del tórax, asociado a la hernia diafragmática y al neumotórax espontáneo.

II. 13. 4. VALORACIÓN DE APGAR

La Licenciada en Enfermería y Obstetricia que presta sus servicios en la sala de expulsión tiene el papel central para prevenir la muerte o el daño cerebral permanente del niño que no respira espontánea e inmediatamente después del nacimiento.

³⁰ DIDONA, Nancy A., et. al., "Enfermería maternal", Edit. Mc. Graw-Hill, México, D.F., 1996, p. 372.

Participando activamente es ella la que se asegura que tanto el personal como el equipo este disponible en caso de cualquier urgencia ya sea parto o cesárea.

En cuanto a personal, la situación ideal es que se cuente con un perinatólogo u otra persona responsable que pueda dedicar toda su atención al recién nacido para que el obstetra pueda continuar asistiendo a la madre. En algunos casos se puede saber de antemano la necesidad de un perinatólogo cuando existe la posibilidad de que el niño nazca deprimido, como en los casos en que la madre:

Padece enfermedades como toxemia, diabetes, anemia grave, enfermedad cardiovascular, hipotensión.

Contractilidad uterina anormal.

Rotura prematura de las membranas que pueden provocar sepsis o neumonía en el niño.

Ha recibido una gran cantidad de analgésicos

Si ha perdido bastante sangre antes del parto por desprendimiento prematuro de placenta previa, parto prematuro, posibilidad de compresión del cordón durante el parto pélvico o prolapso de cordón.

La valoración de Apgar permite una valoración rápida y cuantitativa de la necesidad de reanimación y se basa en la situación de cinco signos que indican el estado fisiológico del neonato:

Frecuencia cardiaca basada en la auscultación con el estetoscopio.

Respiración observada en los movimientos de la pared torácica.

Tono muscular a partir del grado de flexión y movimiento de las extremidades.

Capacidad refleja y basada en la respuesta al estímulo en la planta de los pies.

Color (palidez, cianosis o rosado)

El estado general del recién nacido se valora mediante la puntuación de apgar. Muchos recién nacidos normales presentan una cianosis transitoria que ha desaparecido ya al obtener la puntuación de Apgar de los 5 min.

Una cianosis generalizada indica la presencia de una puntuación cardiaca o respiratoria grave o una depresión importante del Sistema Nervioso Central; una cianosis diferencial sugiere lesiones cardíacas específicas. Deben auscultarse el puntuación y los pulmones y la palpación del puntuación.

A continuación se muestra la tabla de los parámetros a evaluar en la puntuación de Apgar, mostrándose los puntajes así como cual es el parámetro que se considera normal, intermedia o baja.

TABLA DE PUNTUACIÓN DE APGAR

TABLA 263-15. PUNTUACION DE APGAR

Criterios	Puntuación ^a		
	0	1	2
Color	Todo azul, pálido	Cuerpo rosado, extremidades azules	Todo rosado
Frecuencia	Ausente	<100 latidos/min	>100 latidos/min
Respiración	Ausente	Irregular, lenta	Buena, llanto
Respuesta refleja a la sonda nasal/estimulación táctil	Ninguna	Muecas	Estornuda, tose
Tono muscular	Flácido	Cierta flexión de los miembros	Activo

^aSe considera normal una puntuación de 7-10 a los 5 min; 4-6 es intermedia, y 0-3 baja

II. 13. 5. VALORACIÓN DE SILVERMAN ANDERSEN

El profesional de enfermería evalúa las respiraciones del recién nacido en una forma continuada y para esta finalidad sirve el índice de Silverman Andersen para determinar el estado respiratorio en el recién nacido.

La dificultad respiratoria es evidente en presencia de una frecuencia respiratoria rápida, de aleteo nasal, de quejidos, de respiraciones de vaivén, de cianosis o de apnea. Cualquiera de estos signos constituye un indicio de que el recién nacido necesita una vigilancia estrecha y apoyo respiratorio.

El profesional de enfermería es el responsable de la identificación y comunicación de los signos y síntomas precoces de dificultad respiratoria. La hipoxia provocada por la

dificultad respiratoria puede provocar hipoglucemia, lesiones cerebrales, convulsiones, retraso mental, trastornos del aprendizaje y finalmente la muerte.

Los recién nacidos que experimentan dificultad respiratoria presentan acidosis debido al metabolismo celular en condiciones anaeróbicas. Debido a la inmadurez de pulmones y riñones, el recién nacido no es capaz por lo general de modificar el PH. sanguíneo de forma eficaz.³¹

II. 13. 6. CUIDADOS EN EL RECIÉN NACIDO

Excepto durante los esfuerzos de reanimación, no debe pasarse ninguna sonda para explorar el esófago o el estómago hasta que el recién nacido se halle en situación estable (5-10 min después del parto), dado que esta maniobra puede producir una grave apnea refleja vasovagal en un recién nacido por lo demás normal. Después de 10 min. de vida, se introduce una sonda para comprobar la permeabilidad de las fosas nasales y del esófago de los hijos de madres con polihidramnios o diabetes. En los que han nacido con una presentación de nalgas o mediante cesárea y en todo recién nacido con secreciones aumentadas, con el propósito de descartar una fistula traqueoesofágica u otras anomalías del esófago y del estómago. Si éste se alcanza, se aspira y se mide el volumen de su contenido. Los recién nacidos que nacen en presentación de vértice pueden tener poco líquido en el estómago, pero ello no descarta una obstrucción. En los recién nacidos prematuros, el volumen normal del estómago oscila entre 5 ml en los niños de 1,0 kg hasta 12-15 ml en los de 2,5 kg.

Se instilan en cada ojo 2 gotas de solución de nitrato de plata al 1% o, preferiblemente, una pomada antibiótica como la que contiene eritromicina. Lo antes posible, o al menos durante la primera 1/2 h de vida, la madre debe recibir al recién nacido para sostenerlo y amamantarlo, cuidando siempre de que ambos conserven la temperatura corporal. Cuando llegue el momento de colocarlo en la cuna, debe envolverse bien al niño para mantener su temperatura corporal, cubriendo su cabeza, ya que ésta posee una gran área de superficie, capaz de perder una cantidad considerable de calor.

Si la temperatura del recién nacido es $<35,5$ °C se requiere un calentador. Normalmente, la cuna se deja plana y el niño se coloca de lado para facilitar el drenaje del moco. Se administra fitonadiona (vitamina K₁) en dosis de 1 mg. por vía I.M. para evitar la hipoprotrombinemia, que causa la enfermedad hemorrágica del recién nacido. Se pinza el cordón con una pinza de un solo uso y el triple colorante puede aplicarse con una torunda al muñón umbilical y al área periumbilical para prevenir la infección; basta con una sola aplicación.

³¹ DIDONA, Nancy, A., et al., op. cit., p. 397.

En algunos centros obstétricos, el recién nacido permanece al lado de su madre. En otros, y si la madre se halla despierta y alerta, se deja al niño junto a ella o se le pasa a la sala de recién nacido, en la planta tradicional de Neonatología.

El baño inicial no se lleva a cabo hasta pasadas seis horas o hasta que la temperatura se haya estabilizado en 37 °C durante 2 h. El baño no debe eliminar toda la vémix caseosa (material blanquecino grasiento que cubre la mayor parte del cuerpo al nacer), pues proporciona cierta protección frente a las bacterias. Puede usarse un jabón suave, como el jabón de Castilla, con un enjuague meticuloso. Los aceites, los polvos y las pomadas no deben emplearse de forma rutinaria.

Puesto que, en condiciones normales, la madre y el hijo reciben el alta a las 48 h, es preciso planear un buen seguimiento para los primeros días del puerperio, mediante llamadas telefónicas o visitas domiciliarias iniciadas por la consulta o clínica pediátricas. La *American Academy of Pediatrics* recomienda ver a todos los recién nacidos en consulta en un plazo de 7 días.

Primeras interacciones entre padres e hijos: Aunque el embarazo proporciona a la mujer la oportunidad de prepararse psicológicamente para su nuevo hijo y de compartir esa preparación con el padre, hay acontecimientos importantes que intensifican la paternidad durante el nacimiento y después de éste. Entre los aspectos fisiológicos del nacimiento se incluyen las adaptaciones del cuerpo de la mujer al movimiento del feto desde el útero al mundo exterior. La participación en el parto de una mujer preparada y de su pareja hace que el nuevo papel de la paternidad transcurra más suavemente. Un ambiente óptimo que ayude a la pareja a sentirse segura y confiada también ayudará a que la madre se relaje y trabaje con su cuerpo durante la tarea del parto.

Los sentimientos de los padres en los primeros momentos de la vida de su hijo varían desde el éxtasis hasta la desilusión; algunos olvidan totalmente estos momentos a causa de acontecimientos concomitantes que requieren prioridad, como la reanimación del recién nacido o las complicaciones obstétricas de la madre. Se ha sugerido que el contacto físico temprano con el recién nacido, mirándolo a lo ojos, establece un vínculo precoz esencial para un amor duradero y una relación íntima. En los seres humanos, sin embargo, este período crítico podría no existir. Las madres pueden relacionarse bien con sus hijos aunque no pasen las primeras horas pendientes de ellos.

Tras un parto normal, la madre debe ser ayudada a sostener y acunar a su hijo. El padre debe tener la oportunidad de compartir esos momentos, para lo que puede ser necesario proporcionarle la ropa adecuada y cierta ayuda del personal, si se encuentra incómodo o inseguro.

Los primeros días después del nacimiento son ideales para proporcionar a los padres información sobre la alimentación materna, el baño y el vestido del recién nacido. Cuando

éste pasa todo el día junto a la cama de su madre, donde los padres pueden familiarizarse con sus actividades y sonidos, la transición hacia el hogar es más suave.³²

III.- METODOLOGIA.

III.1. - ACLARACION SOBRE LA HIPÓTESIS.

Por tratarse de un estudio descriptivo documental no será necesario elaborar hipótesis.

Pero queda abierta la posibilidad de investigaciones posteriores que se generen de los resultados que se obtengan en esta investigación.

III.1.1. - HIPOTESIS DE TRABAJO.

La participación de enfermería en la prevención de problemas perinatales, reducirá significativamente el índice de la operación cesárea.

III.1.2. - HIPOTESIS NULA.

La participación de enfermería en la prevención de problemas perinatales no reducirá significativamente el índice de la operación cesárea.

³² BEERS, Mark, et. al., op. cit. p.p. 2088-2090.

éste pasa todo el día junto a la cama de su madre, donde los padres pueden familiarizarse con sus actividades y sonidos, la transición hacia el hogar es más suave.³²

III.- METODOLOGIA.

III.1. - ACLARACION SOBRE LA HIPÓTESIS.

Por tratarse de un estudio descriptivo documental no será necesario elaborar hipótesis.

Pero queda abierta la posibilidad de investigaciones posteriores que se generen de los resultados que se obtengan en esta investigación.

III.1.1. - HIPOTESIS DE TRABAJO.

La participación de enfermería en la prevención de problemas perinatales, reducirá significativamente el índice de la operación cesárea.

III.1.2. - HIPOTESIS NULA.

La participación de enfermería en la prevención de problemas perinatales no reducirá significativamente el índice de la operación cesárea.

³² BEERS, Mark., et al., op. cit. p.p. 2088-2090.