

**ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE
NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.**

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

CLAVE 8722.

TESIS.

CESÁREA.

**PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

ALMA ROSA ZÁRATE NARANJO.

MORELIA, MICHOACÁN.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA.

A mis padres: Salvador y Rosa, que por su ejemplo, apoyo y amor incondicional, me enseñaron a luchar y a ser tenaz aún en los momentos más difíciles.

A mis hermanos, por su cariño profundo y tenacidad e spiritual, enseñándome a confiar siempre en todo acontecimiento.

A Don Raúl y Doña Alicia, padres de mi amiga Delia, quienes siempre estuvieron atentos y cariñosos conmigo animándome siempre.

AGRADECIMIENTO.

A Dios, quien me enseñó el camino para llegar a realizar una meta más en mi vida, forjándome como el hierro y embelleciendo mi espíritu como una flor.

Mi gratitud y cariño a mi Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, por su apoyo y motivación en mis estudios.

A mi profesor, David Mendoza Armas quien me mostró y amplió el itinerario del conocimiento.

A mis compañeras por su alegría y amistad, quienes me regalaron momentos inolvidables.

ÍNDICE GENERAL.

Páginas

preliminares.

Portada _____	i
Portadilla _____	ii
Dedicatoria _____	iii
Agradecimiento _____	iv
Índice general _____	v
Introducción _____	viii

Índice de contenido

Capítulo I

1.1 Introducción _____	2
1.2 Antecedentes _____	3
1.3 Objetivos _____	6
1.4 Planteamiento del problema _____	7
1.5 Pregunta de investigación _____	8
1.6 Hipótesis _____	9
1.7 Variables _____	10
1.8 Justificación _____	12
1.9 Viabilidad _____	14
1.10 Limitación del estudio _____	15

Capítulo II

Marco teórico.

2.0. Introducción _____	18
2.1. Pediatría de Rudolph _____	20
2.2. Crecimiento y Desarrollo del Niño Nacido a Término y del Prematuro _____	21
2.3. Manual de la Enfermería _____	22
2.4. Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología _____	24
2.5. Neonatología _____	30

Capítulo III

Metodología.

3.0. Enfoque de investigación _____	33
3.1. Métodos a utilizar en la investigación _____	35
3.2. Unidades de análisis _____	38
3.3. Instrumentos de recolección de información _____	41
3.4. Procedimiento _____	44

Capítulo IV

Análisis.

4.0. Análisis de los datos de la unidad primaria _____	49
4.1. Análisis de los datos de la unidad secundaria _____	56
4.2. Análisis de los datos de la unidad terciaria _____	57

Capítulo V

5.1. Conclusiones	
5.1.1. Capítulo I _____	59
5.1.2. Capítulo II _____	60
5.1.3. Capítulo III _____	61
5.1.4. Capítulo IV _____	62
5.2. Sugerencias y recomendaciones _____	63

Anexos

Anexo I _____	66
Anexo II _____	67
Anexo III _____	68
Anexo IV _____	69

Glosario _____	71
-----------------------	----

Bibliografía

Bibliografía referenciada _____	75
Bibliografía consultada _____	76
Bibliografía consultada en Internet _____	78

INTRODUCCIÓN.

Durante la formación profesional, especialmente en la práctica clínica, se detectó mediante la observación, una situación que llamó la atención y de la que surgieron varias interrogantes:

¿Por qué en este tiempo ha aumentado la práctica de la cesárea?, ¿Cuáles son los factores que influyen? Ante estas y otras preguntas surgió la necesidad de realizar un estudio buscando una solución o alternativa ante tal situación.

A partir de ahí, se desarrollaron cinco capítulos de manera sistematizada, los cuáles se explican de la siguiente manera:

En el capítulo I, se buscaron antecedentes de diversos lugares del mundo, los cuales se ordenaron mediante el método deductivo (años 2000 al 2005); con esto se pretendió conocer el porcentaje de cesáreas que se realizan y que factores influyen más. Posteriormente se plantearon objetivos los cuales guiaron el itinerario del estudio evitando con esto salirnos de la meta propuesta.

Se planteó un problema, el cual concretizó la investigación, en este caso: la cesárea; y para dar respuestas concretas, se realizó una pregunta de investigación que aclaró ciertas dudas que nos pudieran desviar de lo planteado. Para llegar a la veracidad del estudio se utilizaron ciertas hipótesis las cuales complementan la información.

En el capítulo II, se desarrollaron las variables dependientes e independientes que de antemano se mencionaron en el capítulo I. Para lograr esto, se contó con literatura apropiada como fueron libros y revistas que han surgido desde hace tiempo hasta nuestros días; esto le da veracidad a la información y permitió al investigador aportar cosas que se descubrieron conforme avanzaba el estudio.

En el capítulo III, se desarrolló la metodología del estudio, que consistió básicamente en el tipo de métodos que se utilizaron como: el exploratorio, descriptivo, correlacional y explicativo; también se tomaron algunos enfoques que fueron el cualitativo y el cuantitativo dándole una mejor sistematización y coherencia a la investigación.

Las unidades de análisis son básicamente tres: la primaria, dada por las mujeres embarazadas a quienes se les ha realizado una cesárea; la unidad secundaria comprendida por los ginecólogos y la unidad terciaria dada por las enfermeras con experiencia sobre este tema. Aquí se planearon los instrumentos para su aplicación. Continuando con el capítulo IV, se graficaron los resultados que surgieron de los instrumentos aplicados a las unidades de análisis descritas en el capítulo III. Finalmente el capítulo V, está comprendido por las conclusiones y sugerencias o aportaciones de toda la investigación.

CAPÍTULO I.

1.1 . INTRODUCCIÓN.

La presente investigación que a continuación se expone, trata un tema que se ha vuelto muy controversial en nuestros días: “La cesárea”, éste estudio realizado bajo un enfoque cuantitativo, muestra las ventajas y desventajas que trae consigo éste procedimiento.

Hoy, al igual que en épocas anteriores, ciertas mujeres han presentado obstáculos anatómicos o fisiológicos para tener un parto feliz, por lo que ésta intervención ha salvado muchas vidas... pero hoy en día, muchas madres desean que se les practique la cesárea por una mentalidad errónea que se tiene: evitar el dolor o una mala estética anatómica que el parto pueda originar; en otras ocasiones se realiza por cuestión personal por parte del sector salud, viéndose en ciertos países como una “epidemia”.

De hecho, incluso, dentro de ésta misma intervención, se ha visto que en cierto tipo de cesárea, se corre menos riesgo que en otra, pero muchas veces se opta por la que no es muy segura para evitar “pérdida de tiempo”, poniendo en riesgo la vida de la madre y del neonato.

Esto motivó a buscar información y plantear estrategias de mejora a éste problema; muchas veces la rutina y el desconocimiento por parte del equipo de salud, ponen en peligro muchas vidas, con esto se busca crear conciencia y responsabilidad sobre nuestras acciones.

Los objetivos y la pregunta que a continuación se mencionarán, marcaron el itinerario que se siguió en el desarrollo de la presente investigación. Finalmente, se espera que quienes lo lean, descubran el valor de la VIDA poniéndola en primer lugar por sobre todas las cosas.

1.2. ANTECEDENTES.

La práctica de la cesárea ha ascendido a niveles muy acelerados durante los últimos años en diferentes puntos, especialmente en América Latina, como es el caso de Puerto Rico, Chile, Brasil... A continuación, mediante el método deductivo, se verá qué piensa y cómo se realiza la cesárea en diversas partes del mundo: En Reino Unido, según un artículo publicado por Jano On-Line el 07 de septiembre del 2005, de Ninewells Hospital and Medical School, de Dundee, las cesáreas que se realizan son para proteger a las mujeres contra posibles intervenciones del suelo pélvico que puedan surgir por parto vaginal.

Otro estudio realizado en los Estados Unidos por Iblnews Agencias, el 24 de noviembre del 2004 (Informe por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud), aumentó la tasa a un 4.1 millones de alumbramientos por cesárea. En América Latina la situación es otra, ya que se ha considerado en ciertos lugares como una epidemia, tal es el caso de Puerto Rico. En un estudio realizado en el Centro de Investigación (CIMAC) el 30 de agosto del 2005, se descubrió que

desde la aparición de los antibióticos, anestésicos y transfusiones sanguíneas se redujeron tanto los riesgos, que llegó a ser considerada como un proceder alternativo del parto natural.

Está establecida una relación de dominio sobre la embarazada por parte del médico; de éste modo de cada tres cirugías que se realizan... dos son innecesarias. En otro estudio realizado por el CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología) con sede en Montevideo, Uruguay el 8 de noviembre del 2003, destacan que más de 850 000 cesáreas se realizan anualmente en América Latina y el Caribe, como es el caso de Chile 40%, Brasil 27.1%, República Dominicana 25.9%, Argentina 25.4%, México 24.1%, Ecuador 18.5%, Panamá 18.2% y Colombia 16.8%... siendo que la OMS (Organización Mundial de la Salud) determinó solo un 15%. La investigación determinó que las cesáreas aumentan entre 2 y 6 veces la mortalidad materna por complicaciones de la cirugía, siendo 10 veces más que en Estados Unidos y Canadá.

Mediante una investigación realizada en hospitales privados de Chile, el 14 de agosto del 2001, se confirma lo dicho anteriormente, ya que el 60% de los niños que nacen son por cesárea a pesar del 15% que recomienda la OMS como límite máximo.

Se descubrió que el aumento de cesáreas se debe a incentivos financieros que se dan a médicos como: los planes de seguros médicos y a hospitales; además de que es más cómodo fijar fecha y hora para la cirugía que esperar a que aparezcan las características que se dan por parto vaginal. México no es la excepción; en un estudio realizado en el D. F. el 8 de agosto del 2003 por Miriam Ruiz Cimac de acuerdo a la instancia de Naciones Unidas en el informe Salud México 2002, avalado por el Secretario de Salud Julio Frenk Mora y el Presidente Vicente Fox, señaló que en nuestro país, el promedio de nacimientos quirúrgicos es 2 veces mayor al recomendado por la OMS. Sólo dos estados presentan porcentajes inferiores al 30%: Zacatecas y San Luis Potosí con cerca de 25% de cesáreas.

Las cifras oficiales muestran que solamente el programa IMSS Oportunidades mantiene el 15% desde 1991. En el ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado) y hospitales privados, más de 60 nacimientos de cada 100 se atienden de forma quirúrgica.

En México, Carolina Gómez Mena, realizó una investigación el 12 de agosto del 2005 y retomando un informe de Salud, México 2004, reconoce que la institución con más cesáreas es el ISSSTE, ya que en el 2004 hubo 60 por cada 100 alumbramientos. Al año se practican alrededor de 700 millones en la Secretaría de Salud y 450 millones en el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) todos estos, realizados en mujeres entre 18 – 44 años. En la Secretaría

6
de Salud, el porcentaje más bajo corresponde a México con el 23% y el más alto a Yucatán 40%. En un artículo publicado por la revista Perinatol Reprod Hum en el año 2001 por Guzmán Sánchez Arnoldo y Cols., se analizaron los resultados de un estudio prospectivo y descriptivo de 1000 amnioinfusiones transcervicales,

realizadas de 1993 a 1998, en el Hospital Civil de Belén de Guadalajara y se descubrió que la amnioinfusión es una alternativa sencilla, fácil y económica lo cual reduce un cierto número de cesáreas.

La cesárea se presenta en la ciudad de Morelia de manera frecuente; sin embargo, no se han registrado estudios apropiados al respecto.

1.3. OBJETIVOS.

“Tienen la finalidad de señalar a lo que se aspira en la investigación y deben expresarse con claridad, pues son las guías del estudio” (Hernández, Fernández y Baptista. 2003, 44). Ellos enfocan el itinerario y los instrumentos de trabajo para poder llegar a la meta que se desea: llegar a un resultado palpable y aplicable.

1.3.1. General: **Demostrar las ventajas y diseñar una estrategia de mejora para la práctica de la cesárea por segmento inferior.** Para que se lleve a cabo lo anterior fue necesario llevar un cierto orden que no facilitó el camino a seguir, por lo que serán importantes los objetivos específicos que se transformarán en medios para materializar el objetivo general.

1.3.2. Específico: 1.3.2.1. Analizar las diferentes teorías que existen sobre la cesárea para un mejor seguimiento e innovación.

1.3.2.2. Indagar sobre los factores que ocasionan la práctica de la cesárea en mujeres de 18 a 30 años en el primer semestre del 2006, en el Hospital particular de Nuestra Señora de la Salud, mediante la lectura de expedientes, cuestionarios, preguntas a enfermeras, médicos tratantes y a mujeres a quienes se les ha realizado alguna cesárea.

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

“El planteamiento del problema significa afinar y estructurar más formalmente la idea de investigación” (Hernández, Fernández y Baptista 2003, 42). Durante la práctica que se realizó en el hospital, se observó un fenómeno que se ha vuelto tan “natural” como es la cesárea; ésta situación que afecta a todas las mujeres (de diversa condición socioeconómica), a llevado a la mayoría de ellas a presentar con el tiempo ciertas situaciones que ponen en peligro su vida y la de su posterior hijo; a si mismo, se ha puesto en tela de juicio el procedimiento que realiza el ginecólogo sobre la paciente; no se duda que existen ciertos casos que lo ameriten, pero... ¿Todos los casos lo requieren?.

Se propone hablar de la cesárea en general, para determinar aquellos casos en los que se necesita llevarla a cabo.

Pero **La cesárea por segmento inferior**, será el objeto de estudio de la investigación. Así mismo, surgió la idea de diseñar una estrategia de mejora a

favor de la mujer; esto fue posible a medida que se fue ampliando y profundizando sobre éste procedimiento, tomando en cuenta las posibles complicaciones que pudieran surgir con el tiempo.

Cesárea en mujeres de 18 a 30 años en el primer semestre del 2006 en el Hospital particular de Nuestra Señora de la Salud.

1.5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

Al igual que los objetivos, señalan cómo llegar a la meta, la pregunta de investigación favoreció las respuestas a dicho estudio, dándole una cierta dirección y evitar desviaciones.

Es necesario establecer los límites temporales y espaciales del estudio, y esbozar un perfil de las unidades de observación, lo cual es útil para definir el tipo de investigación que habrá de llevarse a cabo. (Rojas Soriano, 2001). *¿Cuáles son los factores de riesgo para poder realizar el procedimiento de una cesárea en mujeres de 18 a 30 años en el primer semestre del 2006, en el Hospital particular de Nuestra Señora de la Salud?*

1.6. HIPÓTESIS.

Una hipótesis indica la veracidad de lo que se busca o se trata de probar en un estudio, por lo que se requirió de explicaciones tentativas que guiaron el camino. Según ciertos autores, estas hipótesis pueden ser o no verdaderas, ya que es algo tentativo acerca de las relaciones entre dos o más variables; para ello se deben contar con elementos organizados y sistematizados.

El tipo de hipótesis que se utilizó en el desarrollo de la investigación es de tipo bivariada ya que un primer elemento como es la X, originó un segundo elemento: la Y, es decir: una causa origina un efecto.

La cesárea por segmento inferior, disminuye la morbilidad en mujeres de 18 a 30 años en el primer semestre del 2006, en el Hospital particular de Nuestra Señora de la Salud.

1.7. VARIABLES.

“Una variable es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse” (Hernández, et.al. 2003, 143). Éstas originan una causa y posteriormente se desprenden efectos.

En el presente estudio la variable **X** es **la cesárea por segmento inferior**, la cual es independiente. Según Mondragón Castro Héctor, es una práctica en la que se realiza una incisión ya sea transversal semilunar o longitudinal a nivel del segmento inferior del útero para extraer el producto de la concepción.

Nota: Se abrió un paréntesis para comparar la cesárea clásica y cesárea por segmento inferior. De ésta variable surgen los siguientes indicadores: cesárea segmentaria transversal (tipo Kerr) y la cesárea segmentaria longitudinal (tipo Beck).

La variable **Y** siempre será dependiente de la **x**: **disminuye la morbilidad en mujeres de 18 a 30 años** cuyos indicadores son: las indicaciones absolutas teniendo como índices la desproporción cefalopélvica, cesárea iterativa y presentaciones anormales del feto y las indicaciones relativas cuyos índices son: la ruptura prematura de membranas, sufrimiento fetal y el periodo expulsivo prolongado.

X Y

Cesárea por segmento inferior. **Disminuye la morbilidad en mujeres de 18 a 30 años.**

Y1. Indicaciones absolutas.

Cesárea tipo Kerr.

Y1.1. Desproporción cefalopélvica.

Y1.2. Cesárea iterativa. Y1.3. Presentaciones anormales del feto.

Cesárea tipo Beck.

Y2. Indicaciones relativas.

Y2.1. Ruptura prematura de membranas.

Y2.2. Sufrimiento fetal.

Y2.3. Periodo expulsivo prolongado.

1.7.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Se tomó el cuadro de Mondragón Castro Héctor. 1997, p. 682-683, para las indicaciones en las que se debe utilizar la cesárea; es verdad que existen otros tipos de divisiones por otros autores, pero se optó por este, porque se observó que está más completo y mejor organizado de acuerdo a las experiencias vividas en el hospital de Nuestra Señora de la Salud y a los conocimientos que se han venido adquiriendo; así mismo, no se tomaron las indicaciones electivas, porque son muy raros los casos en los que se ha realizado la cesárea y que no es menester señalarlos.

Para rescatar información, se revisaron teorías, artículos vigentes, expedientes clínicos, para posteriormente recabar datos de personas capacitadas en éste tema. Se contaron también con cuestionarios, tablas y test que se les realizaron a mujeres que se les ha practicado la cesárea o se les hará por primera vez en el servicio de obstetricia general y obstetricia privada. Finalmente, se

contrastaron los resultados con aquellas mujeres que les han hecho cesárea clásica y mujeres con cesárea en el segmento inferior del útero, buscando el mejor procedimiento quirúrgico para ellas.

1.8. JUSTIFICACIÓN.

A partir de las 37 SDG, la madre está capacitada anatómica, fisiológica y mentalmente para tener a su bebé. Es aquí cuando en cualquier momento pueden presentarse una serie de mecanismos que ayudarán al feto a salir del vientre materno mediante un acto milagroso como es el: parto vaginal. Por diversas situaciones, se presentan problemas que ponen en peligro la vida materna, fetal o ambas por lo que se practica una cirugía de emergencia llamada cesárea, la cual ha salvado numerosas vidas.

Pero ahora en la actualidad, la práctica de ésta cirugía ha alcanzado niveles alarmantes en el mundo, particularmente en América Latina y el Caribe, como es el caso de Puerto Rico, Chile, Brasil contando a México... donde se le ha visto ya como una epidemia. Se ha abusado de esta práctica por muchas razones, entre ellas porque es más cómodo para el Sector Salud, particularmente del médico, fijar un día y una cierta hora (incluso fuera de los días hábiles) para la realización de una cesárea, que esperar sabiamente el momento natural del parto.

En otros casos por factores financieros exponiendo a las madres y a sus hijos a riesgos innecesarios. Incluso dentro de la misma cesárea se practica más la cesárea clásica que la de por segmento inferior del útero, la cual tiene menor riesgo aunque es más lenta para concluir.

El presente estudio servirá, a la próxima Licenciada en Enfermería y Obstetricia, a buscar siempre lo mejor para las personas con quienes se tiene contacto, informándoles sobre los riesgos que una cirugía presenta y buscando en todo: la prevención, ya que si se detectan a tiempo posibles alteraciones, se pueden corregir en el mejor momento. También ayudará entre otros aspectos a descubrir cuáles son los factores de riesgo que afectan a la madre – producto, llevándolos al procedimiento de la cirugía; así mismo, se detectarán cuáles son los casos en los que no es factible este procedimiento.

Se amplió más el panorama, adquiriendo elementos indispensables para que el equipo de salud sepa diferenciar e identificar qué cirugía es mejor para la madre y su hijo; se tomó en cuenta de qué manera se puede dar a conocer ésta información a todas las madres con claridad.

Principalmente, se busca PREVENIR, creando una conciencia muy clara de libertad y responsabilidad tanto en los padres como en las personas capacitadas en salud, de que el parto es una cuestión muy natural que la mujer debe pasar, para ello es primordial acudir a las Instituciones de salud para llevar un buen control prenatal, lo cual constituirá una excelente herramienta para detectar a

tiempo alteraciones y usar la mejor técnica quirúrgica de cesárea evitando riesgos al binomio madre e hijo.

1.9. VIABILIDAD.

La investigación que a continuación se presenta, es viable, porque se contó con los recursos humanos necesarios para su estudio como es el caso de las mujeres a las que se les ha realizado una cesárea o fueron sometidas por primera vez a ella. También se contó con personal capacitado como son los ginecólogos y enfermeras con experiencia.

Se tuvo el lugar: el hospital, siendo una gran herramienta, donde se tiene acceso a los diferentes servicios, esto facilitó el apoyo de aquellas personas capacitadas con el tema en cuestión, orientando en aspectos de la misma investigación. Aunado a esto, se tuvieron los recursos materiales para el buen aprendizaje y mejor análisis.

En la facultad de Medicina, se tuvo acceso a la biblioteca para consultar libros sobre este tema; no se puede dejar de lado una herramienta fundamental: el Internet, del cual se proporcionó información actualizada permitiendo ampliar el conocimiento. Finalmente, pero no por ello el menos importante, se contó con la ayuda de un asesor: D.C.E. David Mendoza Armas, el cual proporcionó la mejor vía para llevar a cabo dicho estudio con éxito.

1.10. LIMITACIÓN DEL ESTUDIO.

Al comenzar a abordar esta investigación, se encontraron diversos obstáculos que dificultaron la realización continua de este estudio, como es el caso de las teorías, ya que la Institución no cuenta con literatura adecuada y mucho menos actualizada. El material existente no llena las expectativas que se desean.

Otra limitación fue el factor tiempo, ya que éste es muy limitado para dos cosas: primero, existió poco espacio para el análisis y la realización de la misma, segundo, fue reducido el tiempo para contactar a las pacientes. De igual manera, se contó con un precario conocimiento respecto a la manera de realizar la tesis, ya que no se sabía exactamente cómo llevar a cabo una investigación y mucho menos científica. No se contaba con las bases suficientes para llevar a cabo una buena redacción y análisis de resultados obtenidos.

CAPÍTULO II.

2.0. MARCO TEÓRICO.

Para lograr una investigación adecuada, factible, real..., es necesario llevar una sistematización del procedimiento a realizar; por ejemplo, para llegar a un cierto lugar se requiere primeramente saber hacia dónde se caminará, enseguida, qué vestimenta ayudará, y finalmente, qué vehículos servirán para llegar lo más pronto posible al objetivo deseado; de la misma manera, para este estudio, se pensó primeramente en el tema a desarrollar, qué se deseaba saber, sus objetivos, qué hipótesis ayudarían para descubrir la veracidad de lo que se buscaba y así sucesivamente, hasta que finalmente se llegó a la meta deseada.

Ahora bien, en éste apartado se desarrollaron las variables planteadas en el primer capítulo (las independientes y las dependientes), siendo necesario e imprescindible contar con literatura adecuada que ha surgido, gracias a personas que se han comprometido con la vida, siendo la base para la construcción del presente, para que posteriormente se enlacen con novedades que siguen surgiendo e ir en pos del futuro; para lograr lo anterior se contó con material idóneo y por ende veraz, como son: libros, revistas, material audiovisual, páginas de Internet... que ayudaron a una mejor racionalidad de la investigación.

Para que el investigador logre el objetivo o meta que se plantea, requiere conocer qué material será necesario utilizar y qué itinerario deberá seguir, para que con ojos y mentalidad “abierta”, vislumbre cómo se ha investigado dicho fenómeno y tenga la capacidad de aportar.

Para iniciar con el desarrollo de éste capítulo, fue necesario saber que es una teoría para después partir con su desarrollo. Una teoría es un conjunto de las leyes o principios que sirven para explicar determinados fenómenos o para relacionarlos en un orden. Ésta sistematización es lo que dio secuencia lógica a la investigación. El marco teórico “implica analizar teorías, investigaciones y antecedentes que se consideren válidos para el encuadre del estudio” (Hernández, Fernández y Baptista. 2003, 64), esto facilitó y orientó el camino, lo cual evitó caer en errores y dudas que pudieron desviar al investigador por lo que el desechar cierta teoría hubiera sido retroceder, a menos que el investigador lo hubiese visto necesario. Por lo tanto, en la presente investigación, se revisaron y desarrollaron diferentes teorías que relacionaron y apoyaron a las variables, al igual que a los indicadores de estas.

“El parto o alumbramiento, es el proceso mediante el cual se expulsa al feto del útero por la vagina hacia el exterior. Para el comienzo del parto, depende de interacciones complejas de diversas hormonas placentarias y fetales”. (Tortora y Grabowski. 2002, 1050). Pero en varios casos, el trabajo de parto no es seguro para la madre o el feto, no es posible inducirlo o existe distocia por lo que se recurre al nacimiento por cesárea, que es “el procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae el producto de la concepción a través de la pared abdominal y mediante la sección del útero”. (Núñez, et.al. 1989, 603). En un inicio, la práctica de la cesárea disminuyó la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, ya que

existía un único fin: preservar en todo la VIDA, pero hoy en día, se ha abusado de esta herramienta y muchas mujeres la piden por varias razones, entre ellas: evitar el dolor o se busca la estética, es decir, protegerse de posibles intervenciones del suelo pélvico que puedan surgir por un parto vaginal.

En la teoría titulada “Pediatria de Rudolph”, creada por D. Rudolph, Colin y M. Rudolph, Abraham en Madrid, se realizó un estudio en los Estados Unidos; en el se observó que uno de cada cuatro niños nacen por cesárea. El incremento del número de cesáreas se ha relacionado de manera inversa con el aumento de la mortalidad neonatal. Sin embargo en ciertos casos no es así, ya que se ha visto que ha disminuido la mortalidad aunque la tasa de cesáreas se siga manteniendo igual. Mucho ha influido la mejora en la asistencia neonatal y las posibilidades de diagnósticos de vida de los fetos.

Existe la posibilidad de disminuir en un porcentaje aceptable la cantidad de cesáreas, ya que ellas aumentan la morbilidad y mortalidad materna como son las infecciones, hemorragias y lesiones de órganos internos por ejemplo: vías urinarias. Al realizarse un estudio minucioso (por ginecólogos expertos), acerca de las indicaciones para realizar una cesárea, se obtienen resultados óptimos, ya que se ve que la incidencia de esta cirugía disminuye.

La distocia, la posibilidad de un parto vaginal con antecedente de cesárea (principalmente cuando se realizó por incisión uterina transversal baja), el sufrimiento fetal y la presentación anómala del feto, pueden disminuir la tasa de cesáreas cuando se evalúa el parto y se interpretan los resultados efectivamente, ya que el exceso en la incidencia de esta práctica se debe al insuficiente conocimiento del análisis y a que no se realiza un adecuado control médico prenatal.

Existe otra teoría titulada “Crecimiento y desarrollo del niño nacido a término y del prematuro”, por J.W.F. Beks y W. Lammers. Para ellos es un placer presentar esta colección de conferencias dadas durante el Curso médico postgraduado en Curazao del 21-23 noviembre de 1977, ya que el libro ofrece opiniones de especialistas en varios terrenos de la vasta tierra de la neonatología y cuyo objeto es la salud del niño recién nacido.

En esta colección, se encontró un estudio realizado por Fedrick y Butler, 1972, en donde menciona que la mortalidad a causa de la enfermedad por membranas hialinas se presentaba más en mujeres a las cuales se les había realizado cesárea que a las de parto vaginal. Ahora bien, el realizarse una operación de cesárea electiva, aumenta la tasa de morbilidad que de una cesárea durante el parto. La influencia del stress en el feto debido al trabajo de parto antes de la cirugía realizada a la madre, disminuye la frecuencia de membrana hialina, ya que induce a una maduración acelerada de los pulmones.

Como se había mencionado en el capítulo 1, es aquí donde se abre un paréntesis para comparar la cesárea clásica de la cesárea por segmento inferior. En la siguiente teoría titulada: “Manual de la Enfermería” por Baily Raffensperger,

Lloyd Zusy, Claire Marchesseault, D. Neeson, realizada en Barcelona, España; menciona que los dos tipos de cesárea que existen se clasifican de acuerdo con la localización y dirección de la incisión uterina. Para realizar alguno de los tipos de incisión, es necesario hacer una serie de estudios y observaciones minuciosas para ayudar a la salida del feto, siempre pensando en el bienestar del binomio madre e hijo. A continuación se definirá cada tipo de incisión, sus ventajas y desventajas. La incisión típica o clásica, se efectúa mediante una incisión vertical sobre la piel abdominal y la pared del cuerpo uterino cerca del fondo. Se emplea cuando existen casos de urgencia, ya que es más rápida la salida del feto al exterior. Las ventajas son: Fácil acceso al feto que se encuentra en situación transversal, nacimiento rápido cuando la madre se encuentra en peligro, mejor acceso cuando existen adherencias abdominales por cirugía previa.

En las desventajas: Se pierde mayor cantidad de sangre por el corte de vasos sanguíneos mayores, la musculatura uterina queda debilitada a causa de la incisión en la línea media, aumenta el riesgo de rotura uterina en embarazos subsecuentes al igual que las infecciones, aumenta la morbilidad a causa de complicaciones quirúrgicas como hemorragias y lesiones en órganos pélvicos. Incisión en la parte inferior del útero o segmentaria: es una incisión horizontal en sentido transversal a nivel del monte de venus.

Sus ventajas son: existe menos pérdida de sangre, se reduce el riesgo de rotura uterina durante los embarazos siguientes porque el tejido que está en el segmento inferior del útero es menos contráctil que el cuerpo de este órgano, existe menos distensión abdominal. Su desventaja es que el procedimiento lleva más tiempo. A continuación, se desarrollarán las variables mencionadas en el capítulo I, ya que lo que se desarrolló anteriormente, fue para complementar mejor el estudio, mediante el método deductivo: predominio de la cesárea sobre el parto natural, cesárea clásica comparándola con cesárea por segmento inferior, y ahora la cesárea tipo Kerr diferenciándola de la cesárea tipo Beck.

2.1. La cesárea por segmento inferior, es la variable independiente, cuyos indicadores son: cesárea segmentaria transversal (tipo Kerr) y la cesárea segmentaria longitudinal (tipo Beck). Se utilizarán para dar una secuencia lógica al proceso de racionalización en el estudio y responder a las incógnitas que puedan surgir de la pregunta de investigación.

En la siguiente teoría titulada: Danforth TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, los autores mencionan que la medicina es una ciencia en constante desarrollo. Conforme surjan nuevos conocimientos, se requerirán cambios de la terapéutica. Un estudio realizado por R. Scott James, revela que cuando se busca en todo el bienestar de la madre y su hijo, se emplean las mejores opciones para realizar un buen parto, pero cuando por diferentes circunstancias, esta vía (trabajo de parto) no se encuentra accesible, se recurre a otras alternativas como es el parto por cesárea. Dentro de la cesárea, existen formas para extraer el producto de la concepción, de las cuales se deben realizar aquellas que sean idóneas para cada madre y su hijo en particular.

La cesárea realizada en el segmento inferior, se dividen en dos variedades de incisión realizada en la parte inferior del útero después de desplazar hacia abajo la vejiga. La cesárea tipo Kerr, se realiza mediante una incisión transversal semilunar, esta es la que se prefiere más a menudo por la comodidad y seguridad que ofrece. Mientras que la cesárea tipo Beck, es una incisión en sentido longitudinal en la parte inferior del útero; en ocasiones incluye el segmento uterino superior (por lo que se usa en ocasiones), a menos que esté muy alargado el segmento inferior por el trabajo de parto.

2.2 Una vez que se ha abordado la variable independiente y se ha ampliado el conocimiento referente a la investigación, se procede a ampliar la información de la variable dependiente Y, que dice: disminuye la morbilidad en mujeres de 18 a 30 años.

2.2.1. Indicaciones absolutas:

Desproporción cefalopélvica: En el capítulo 28 de la teoría de Danforth, Tratado de Obstetricia y Ginecología, una investigación realizada por J. Dudley Donald, dice que la desproporción cefalopélvica (DCP), se presenta cuando el peso o la cabeza fetales son anormalmente mayores o si esta última tiene una orientación inadecuada que impide su entrada en el estrecho superior de la pelvis materna.

Cuando existe macrosomía fetal, existen grandes probabilidades de nacer por cesárea, ya que se acompañan de un trabajo de parto prolongado en la primera y segunda etapa. También cuando la pelvis materna es muy pequeña debe efectuarse un parto por cesárea sin uso previo de oxitocina, al igual que se debe valorar el tamaño proximal de la cabeza fetal.

Cuando se observa el binomio: mujer embarazada – producto, y se realizan estudios adecuados, se puede tratar a tiempo este problema. Por lo regular, éstos casos se deben al uso temprano e inadecuado de la oxitocina, ya que no permiten un buen descenso natural del trabajo de parto.

La pelvis materna es una estructura cambiante, porque los ligamentos pélvicos se reblandecen a medida que se va aproximando el fin del parto y no son problemas por una pelvis pequeña o un tamaño fetal grande. Para un adecuado diagnóstico y tratamiento, es necesario realizar una serie de estudios como pueden ser: una pelvimetría radiológica, tomografía por computadora o imágenes de resonancia magnética, los cuales pueden dar la pauta para actuar eficazmente en cada situación particular evitando la realización de cesáreas innecesarias. Cesárea iterativa.

Retomando la teoría titulada: “Pediatria de Rudolph”, se ha observado un gran éxito, en estudios que se les han realizado a mujeres que han sido sometidas a tener un parto vaginal con antecedentes de cesárea, (especialmente de incisión uterina transversal baja), que solo el 0.6% del 70%, han presentado rotura uterina

y si el parto de urgencia se realiza con rapidez, las consecuencias para el feto son mínimas.

Para que se realice éste procedimiento, se requiere de un ensayo de trabajo de parto (ETP), que las instalaciones del hospital sean adecuadas y la existencia de personal capacitado. Sin embargo no en todas las mujeres sucede esto, ya que algunas presentan riesgos potenciales para su salud, por lo que se indica repetir el parto por cesárea. Existen mujeres que son candidatas para un nacimiento vaginal después de una cesárea (NVDC), pero prefieren una nueva cesárea porque su trabajo de parto anterior a la cesárea previa fue prolongado y muy doloroso y temen volver a pasar por ello. Se recomienda la realización de parto por vía vaginal en mujeres que han sido sometidas a una cesárea, siempre y cuando se realicen las valoraciones adecuadas para ver si la paciente se encuentra en condiciones para ser sometida a ello y se cuenta con lo necesario. Presentaciones anormales del feto.

Existe una teoría de P. Cruikshank Dwight. en su tema: Presentaciones anormales y complicaciones del cordón umbilical contenido en el libro de Danforth, aquí se ve que en algunos casos de presentación anormal del feto, se puede intentar el parto vaginal, ya que si se realiza un buen estudio prenatal, se podrá evitar el parto por cesárea.

Ante una pelvimetría radiológica adecuada, se podrá dar cuenta de las medidas pélvicas que son necesarias para que el feto pueda descender por el canal del parto aunque venga en presentación de nalgas. Esta presentación, es una alineación polar del feto en la cual se presentan los glúteos fetales en el estrecho pélvico superior materno. Se reconocen tres tipos: franca, completa e incompleta. También existe la presentación de cara, de frente, de hombros, complicaciones del cordón umbilical, que a tiempo y en ciertas mujeres, por su anatomía, se puede realizar un parto vaginal aunque no en todas.

Las anomalías fetales y las anormalidades cromosómicas son una causa importante de presentación de nalgas. Asimismo, los fetos que sufren agresiones neurológicas sostenidas que conducen a parálisis cerebral suelen presentarse de nalgas. Casi todos los casos de presentaciones de cara mentoanterior y compuestas deben atenderse de manera expectante y hay que anticipar el parto vaginal. Las presentaciones de cara mentoposterior y de frente persistentes, y en general todas las de hombro, deben nacer por cesárea.

2.2.2. Indicaciones relativas:

Ruptura prematura de membranas: Según T. Parsons Michael y N. Spellacy William., en su teoría: Rotura prematura de membranas (RPM), en el libro de Danforth, se menciona que ésta patología, se da por el rompimiento espontáneo de las membranas fetales antes del inicio del trabajo de parto, este puede ser en cualquier etapa de la gestación.

El líquido que rodea al feto le ayuda para el desarrollo de sus pulmones, el movimiento de sus miembros, intercambio de calor, protección del cordón umbilical y evitar compresiones; pero cuando existe este fenómeno, pueden alterarse estos mecanismos protectores si se pierde el líquido.

Además se establece una puerta de entrada para bacterias vaginales y, en consecuencia, se presenta el riesgo de contraer corioamnionitis e infecciones fetales y por ende, desencadenar el inicio del trabajo de parto. Lo anterior lleva a la mayoría de las ocasiones a realizar una cesárea para evitar posibles complicaciones, ya que existen desaceleraciones variables de la frecuencia cardíaca fetal y un incremento de mala posición fetal. La RPM incrementa los riesgos de infección materna u fetal; de especial importancia es la infección neonatal por *Streptococcus* de grupo B.

Esta patología requiere la inducción del trabajo de parto después de un periodo de latencia de 12 a 24 horas si no se presentan contracciones. Sufrimiento fetal: El número de intervenciones de cesárea debidas a sufrimiento fetal puede disminuir en buena manera con la interpretación experta, eficaz y a tiempo de las muestras de la frecuencia cardíaca fetal, ya que muchas veces el aumento de cesáreas se debe a que no existe una buena preparación por parte del equipo de salud para leer adecuadamente este patrón de frecuencia cardíaca fetal..

Periodo expulsivo prolongado: Continuando con las teorías, se encontró una realizada por A. Rosen Mark. Analgesia y anestesia obstétrica, del libro de NEONATOLOGÍA: Fisiopatología y manejo del recién nacido; para los editores, la medicina es una ciencia en permanente cambio.

A medida que las nuevas investigaciones y la experiencia clínica amplían el conocimiento, se requieren modificaciones en las modalidades terapéuticas y en los tratamientos farmacológicos. En ella se menciona que el periodo expulsivo prolongado o distocia, es un progreso lento en el trabajo de parto y se han atribuido a factores como:

El trabajo de parto disfuncional primario: que se refiere a una contractilidad uterina inadecuada para el buen progreso del trabajo de parto. Por lo general se presentan cuatro contracciones cada 10 minutos, aunque algunas mujeres pueden presentar menos contracciones pero siguen con un adecuado progreso en el trabajo de parto.

Cuando existe una insuficiente contractilidad o hay cambios en las contracciones uterinas, se opta por la aplicación de oxitocina, la cual es eficaz para corregir esta fisiopatología.

Si la madre presenta un trabajo de parto difícil por infección (corioamnionitis), es preferible administrar antimicrobianos de amplio espectro y estimular la actividad uterina con la aplicación de oxitocina si el trabajo de parto no progresa, y si lo anterior no es eficaz, se procederá a realizar una cesárea.

Desproporción cefalopélvica:

Se presenta cuando existen diámetros muy cortos en la pelvis materna o existe un aumento de la cabeza fetal. Esta patología también es frecuente en macrosómicos, por lo que se debe estar listo para la práctica de un parto por cesárea; aunque a veces con una adecuada valoración a tiempo, se puede realizar una parto vaginal.

Posición anormal de la cabeza fetal:

La posición occipitoposterior (OP), es una causa rara de distocia, al igual que una detención transversa profunda la cual se da por una anomalía de los movimientos cardinales durante el trabajo de parto, que puede ser originaria de una estructura pélvica materna anormal. Las anomalías de la deflexión también son causa de distocia, aquí, no ocurre la flexión de la cabeza fetal como se espera durante el trabajo de parto. Aquí se menciona un hecho importante: La analgesia epidural es un método muy eficaz para aliviar el dolor durante el trabajo de parto. Pero cuando esta se aplica tempranamente en el trabajo de parto (con menos de 4 o 5 cm de dilatación), puede afectar alterando la actitud de la cabeza fetal a su paso por la pelvis materna. Estudios han comprobado que este hecho, a sido causa para haya un aumento de partos por cesárea.

CAPÍTULO III.

3.0. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.

Continuando con el estudio; se vio que para poder llevar a cabo una buena investigación que sea fidedigna, real; es necesario utilizar y valernos de ciertos alcances de estudio, que ayudaron a dar respuesta a las interrogantes planteadas en un primer momento.

Un primer estudio es el **exploratorio**: el cual “se efectúa cuando el objetivo es examinar un tema o problema poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes”. (Hernández, Fernández y Baptista. 2003, 115). Este estudio, se utilizó en esta investigación, ya que la cesárea es un tema que se utiliza frecuentemente y sin embargo existen ideas vagas, arcaicas o no existen reformas que amplíen o beneficien a la mujer embarazada.

Otro estudio es el **descriptivo**: el cual “busca especificar, las características y los perfiles importantes de personas, grupos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”. (Hernández, et.al. 2003, 117). En esta investigación, este estudio fue primordial, ya que ayudó a recolectar datos sobre la cesárea llegando a evaluar ciertos aspectos y obteniendo conclusiones sobre éste tema.

Los estudios **correlacionales** pretenden responder a preguntas de investigación, con el propósito de evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos o categorías lo cual ayudó a descubrir los puntos fundamentales que se deseaban investigar del tema y con ellos se evitó tomar caminos que pudieron alejar de los objetivos deseados. Finalmente los estudios **explicativos**, están “dirigidos a responder a las causas de los eventos, sucesos y fenómenos físicos o sociales”. (Hernández, et.al. 2003, 126).

Este estudio, ayudó a explicar porqué se sucede con frecuencia la cesárea, porqué se ha extendido y cómo se lleva a cabo, lo cual dio las pautas para descubrir si lo que se realiza es a favor de las propias madres y su hijo o a favor de otros intereses. De igual manera, en la presente investigación titulada: cesárea, se utilizaron dos enfoques: el cualitativo y el cuantitativo, los cuales se integraron y combinaron para valernos de las ventajas que cada uno ofrece. Estos dos enfoques utilizaron la observación y ayudaron para la evaluación del presente estudio.

El enfoque cuantitativo utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente; se basa en la medición numérica y el análisis estadístico. (Hernández, et.al. 2003). Este enfoque ayudó para la realización del presente capítulo, ya que se utilizaron histogramas como: la moda, media, mediana... que ayudaron para descubrir los resultados y de esta manera, se resolvieron las hipótesis y variables descritas en el primer capítulo.

En el enfoque cualitativo se recolectaron datos sin medición numérica, mediante la descripción y la observación. Trata de reconstruir la realidad que se

está viviendo confrontándolo con los avances que han surgido a lo largo de la historia. El capítulo I y II utilizó este enfoque ya que buscaba la realidad desde el punto de vista subjetivo por lo tanto, el enfoque cuantitativo se tomó en un 70% y el cualitativo en un 30%.

3.1. MÉTODOS A UTILIZAR EN LA INVESTIGACIÓN.

Durante la realización del presente estudio se abordaron ciertos métodos, los cuáles ayudaron a llevar una secuencia lógica del tema a estudiar, de esta manera, la investigación se volvió factible y ayudó al investigador a ampliar sus conocimientos y sus horizontes.

“Los métodos y técnicas son las herramientas metodológicas de la investigación, ya que permiten implementar las distintas etapas de ésta dirigiendo los procesos mentales y las actividades prácticas hacia la consecución de los objetivos formulados”. (Rojas Soriano Raúl. 1995, 64) El método es imprescindible, ya que ayudó a que la investigación llevara un orden y una secuencia lógica; además, se pudieron obtener los resultados de diferentes maneras o métodos, pero esta investigación llevó el método científico, el cual dio una serie de bases que la hicieron factible y fidedigna, además dio un orden al propio conocimiento.

Ahora bien, se utilizaron ciertos métodos que se vinieron empleando durante el desarrollo y que se continuaron ampliando durante el mismo. En el primer capítulo, se realizaron los antecedentes de hace cinco años respecto al tema que se investigó.

Aquí se utilizó el **método deductivo** ya que se tomaron datos de varios países comenzando desde los lugares más alejados: Inglaterra, Estados Unidos, Puerto Rico..., hasta llegar al lugar de estudio en cuestión: Morelia; en este punto se hizo una pequeña observación, mencionándose que a través de la experiencia, se tenían reportes del aumento de las cesáreas en esta ciudad, específicamente en el hospital, pero no se encontraron estudios sobre el tema en cuestión.

También en las variables se utilizó este método, ya que de varios puntos se eligieron los que más se relacionaban con las hipótesis y con el campo de estudio como es en Hospital de Nuestra Señora de la Salud. De igual manera, el marco teórico llevó a cabo éste método, ya que de varias teorías existentes a lo largo de la historia, se eligieron las que más convencían de acuerdo con las variables descritas tanto independientes como dependientes y así complementaron el estudio.

El método inductivo fue utilizado de la misma forma tanto en el primer capítulo como en el segundo, ya que para la realización del tema, se requirieron objetivos que surgieron de acuerdo a lo que se quería investigar: la cesárea por segmento inferior; estos surgieron a partir de lo que se deseaba investigar o de acuerdo al problema al cual se le quiso dar una solución o alternativa, por lo tanto

se buscaron hipótesis las cuales pudieran dar respuesta a las interrogantes que se tienen.

Las variables dependientes e independientes desarrolladas en el capítulo II, se originaron por este método, ampliando y extendiendo el marco teórico de acuerdo a las experiencias y conocimientos del investigador.

Continuando con el **método analítico**, se estudiaron los resultados que se obtuvieron de los test, escalas, cuestionarios, esto se realizó desintegrando la información en partes, analizándola detenidamente para descubrir la forma como actúan y piensan las pacientes al igual que el equipo de salud, los porcentajes y razones por las que más se origina este hecho: la cesárea y finalmente, cual es la técnica más segura para la mujer embarazada y su bebé, evitando riesgos innecesarios a ambas partes; es aquí donde se reflejarán las actitudes y creencias que se viven en ciertos lugares los cuales darán respuesta del porqué existe más demanda de cesáreas que en la antigüedad y de ahí, la forma en como se procede. Lo anterior fue complementado con la teoría.

Finalmente, se utilizó el **método sintético**, ya que se dieron conclusiones de todo lo investigado y aprendido en la investigación proponiendo mejores estrategias al objeto de estudio: “la cesárea por segmento inferior”, ya que todo esto es a favor de la mujer embarazada y su producto.

3.2. UNIDADES DE ANÁLISIS.

El estudio de la presente investigación, se realizó en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, ubicado en la calle Ignacio Zaragoza # 276 esquina con Eduardo Ruiz en Morelia Michoacán. Este hospital fue creado por las Hermanas de la Caridad y traspasado a las Trabajadoras Sociales de la Iglesia, por cuestiones económicas, ya que no se pudo seguir adelante por lo dicho anteriormente.

Esta obra, está relacionada con la Escuela de Enfermería, que surgió motivada por la necesidad de unificación de técnicas, logrando con esto, tener una base para que las prácticas de estudiantes, sean efectivas y demuestren que lo que aplican en todos sus procedimientos de enfermería sean principios y no la secuencia de pasos mecánicos, perdiéndose la prioridad que debe tener toda enfermera: el paciente, su familia y comunidad.

El hospital es de segundo nivel, ya que se ocupa de la población enferma que necesita cierta atención especializada; cuenta con servicios de consulta externa así como de hospitalización general, estos servicios son atendidos por médicos familiares o generales así como especialistas en ciertas áreas: insuficiencia renal, traumatología, urología, pediatría... Cuenta con servicio de CEYE (Central de Equipos y Esterilización), farmacia, lavandería, cocina, oficinas de trabajo social, caja.

Ahora bien, “las unidades de análisis constituyen segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizados para ubicarlos dentro de las categorías”. (Hernández, et.al. 2003, 14). Las unidades de análisis se escogieron de acuerdo a los objetivos y a la pregunta de investigación, las cuáles están plasmadas en el capítulo I; estas unidades, ayudaron a dar respuesta a las interrogantes del tema, ya que esto, constituyó el 50% para que esta investigación llegara a ser científica.

Ante cada categoría y subcategoría se tuvo el cuidado de abarcarla toda para evitar que quedaran excluidos ciertos aspectos que pudieran evitar que sea 100% confiable. Estas unidades estuvieron formadas por tres grandes grupos: La unidad primaria: la cual estuvo conformada por mujeres embarazadas con edades entre 18 a 30 años con problemas en su trabajo de parto que ameritan cesárea. Por lo general son de un nivel socioeconómico: medio y bajo, cuyos estudios son de secundaria, preparatoria y muy pocas tienen alguna carrera terminada; la mayoría de estas mujeres son de religión católica y residentes de la ciudad de Morelia, aunque hay algunas que viven a sus alrededores.

En su mayoría, llevan un buen control prenatal, el cual es seguido por ginecólogos en el servicio de consulta externa; es aquí donde se detecta a tiempo si presentan alguna anomalía para el momento de su trabajo de parto, siendo necesario realizar en ciertas ocasiones el procedimiento de la cesárea por DCP (desproporción céfalo - pélvica), o alguna otra situación que lo amerite; si ya van a ser ingresadas, pasan a trabajo social, donde serán informadas sobre los costos del hospital y algunas otras ayudas que se les brindan. Inmediatamente ingresan al servicio de obstetricia general y pocas al servicio de obstetricia privada, después de haber pasado a la UTQ (Unidad Toco-quirúrgica) en donde fueron intervenidas.

Pero existe una minoría de mujeres embarazadas, que ingresan al servicio de ginecología de manera urgente pasando por urgencias, ya que ellas no llevaron dicho control o surgió alguna situación inesperada que las obligó a llegar de esta manera. La unidad secundaria: La conformaron los médicos ginecólogos entre 45 – 55 años, quienes se especializaron en esta rama; son tres, los cuales después de haber hecho su residencia, siguen permaneciendo hasta ahora.

Ellos han permitido que residentes e internos los acompañen en todas sus consultas, partos, cesáreas, cirugías... como método de enseñanza y práctica para un mejor aprovechamiento. Por lo general, estos ginecólogos son originarios de Morelia, por lo que se les facilita el traslado hacia el hospital a cualquier hora del día o noche.

La unidad terciaria: Éste grupo fue conformado por enfermeras tituladas ya sea de nivel técnico o licenciatura que pasan al servicio de obstetricia o de UTQ. A éste grupo se unen las estudiantes de enfermería de los niveles antes mencionados, a las cuales se les permite la práctica en éste hospital para una mejor relación entre la teoría y práctica, incluso el nivel de licenciatura termina su carrera especializándose en enfermería y obstetricia, aunque no se les permite

practicar al 100% porque falta vivir varias experiencias propias tales como partos, tactos vaginales, no se lleva cuidado prenatal a las mujeres durante su embarazo.

Su teoría, pero especialmente sus experiencias, es lo que permitió ahondar más sobre el tema y sacar las respectivas conclusiones. Estas unidades se insertaron por categorías a las cuáles se les aplicaron instrumentos para su posterior análisis, una vez clasificados.

3.3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Una vez que se seleccionaron los objetivos, hipótesis, variables, relacionadas al tema elegido, se procedió a crear los instrumentos adecuados que permitieron reunir la información suficiente para resolver el problema planteado, tomando en cuenta que éstos, debieron estar sometidos a las unidades. Por lo tanto, esta etapa contó con ciertos momentos que le dieron valor a este estudio, comenzando por la utilización de dichos instrumentos, los cuales debieron ser confiables y válidos; Tiene el carácter de confiabilidad cuando al aplicarse varias veces al mismo sujeto u objeto por varias técnicas, se dan siempre los mismos resultados. Ahora bien, se tiene el requisito de validez cuando se recoge la información adecuada y precisa de acuerdo a los objetivos y pregunta planteada que se desea del tema.

Para lograr lo anterior, fue necesario conocer las ventajas y desventajas de cada uno de los instrumentos que nos ayudaron para el estudio, eligiendo el que mejor convenía. Otro momento sumamente importante, fue la aplicación de estos instrumentos a las unidades de análisis tanto primarias, secundarias como terciarias pudiendo concentrar e interpretar datos estadísticamente que nos permitieron llegar a conclusiones objetivas. Para ésta concentración, ayudaron las medidas de tendencia central que son:

La media, la cual es la suma de todos los valores dividida entre el número de casos. La moda, que es la puntuación que ocurre con mayor frecuencia; y la mediana, en ella se ordenan los valores del mayor al menor tomándose la mitad de dichas cifras y dividiéndose entre dos, esto refleja, la posición intermedia de la distribución. Éstas medidas ayudaron a ubicar a esta investigación dentro de una escala de medición. Enseguida se especificaron los instrumentos de investigación que se utilizaron para medir las actitudes de cada unidad de análisis.

Estas actitudes, las cuales son aprendidas como: la rutina, el interés, la búsqueda del bienestar, los intereses..., permiten que se actúe de una manera favorable o desfavorable frente a objetos o símbolos, y se interpretaron como síntomas de la conducta.

Comenzando por la unidad principal, se aplicó una escala llamada Likert, “éste método consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los sujetos, recolectándose datos”. (Hernández, et.al. 2003, 368).

De esta manera, la paciente obtiene una puntuación dependiendo de las afirmaciones que eligió y se sumó con las demás afirmaciones obtenidas; cada alternativa tuvo un valor numérico; así pues para la unidad principal que estuvo formada por mujeres embarazadas, la escala tuvo 12 ítems, basados en las dos categorías principales de las variables, los cuales fueron respondidos por 5 términos. A las unidades secundarias de análisis se les aplicó un cuestionario de preguntas cerradas. Para dicho cuestionario se tomaron en cuenta dos características importantes para lograr el resultado esperado: las preguntas fueron claras y comprensibles para evitar poner en duda al entrevistado y no incomodarlo, así como no inducir ciertas respuestas.

Constaron 10 ítems de las 6 categorías representadas por las variables. Finalmente, a las unidades terciarias de análisis se les aplicó nuevamente un cuestionario constituido de igual manera por preguntas cerradas, ya que son más fáciles de codificar, clasificar y preparar para el análisis; además de que el tiempo que disponen estas unidades, es corto para dar respuestas completas. Cada una de las preguntas que se realizaron, debieron estar dirigidas a las variables realizadas. Estuvo comprendido por 9 ítems.

La fiel aplicación de estos instrumentos arrojó la información necesaria para la comprobación de la hipótesis, puesto que se basaron en las categorías que se dedujeron de las variables.

3.4. PROCEDIMIENTO.

En este apartado se hablará del proceso que se siguió para la realización de cada instrumento que se aplicó a cada unidad. Primeramente se tendrá en cuenta que “Las unidades de análisis constituyen segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizados para ubicarlos dentro de las categorías” (Hernández, et.al. 2003, 414). Se comenzó por describir a la unidad principal que son las mujeres entre 18 – 30 años, quienes han sido sometidas a la realización de la cesárea. A esta unidad principal, se le aplicó una escala llamada Likert, en la cual se utilizaron en un principio 24 ítems.

Al ser aplicados a esta unidad, se descubrió que era una escala muy extensa y un poco confusa, en ella salía un rango de 7; posteriormente se volvió a rediseñar la escala utilizando 12 ítems, pero el rango era de 8.5; finalmente se realizó un tercer pilotaje, ya que el rango se buscaba que se moviera entre 8.5 y 9.5 de rango, mediante la aplicación de las medidas estadísticas de media, moda y mediana.

Esta escala se aplicó a una muestra de 38 personas, cuya respuesta estuvo conformada por 5 reactivos cuyo valor objetivo y subjetivo fueron los siguientes: (10) siempre, (9) casi siempre, (8) algunas veces, (7) casi nunca y finalmente (6) con un valor subjetivo de nunca. Por lo tanto, todo el instrumento durante el pilotaje tuvo un valor total entre bueno y muy bueno.

Para describir el proceder o la forma en cómo se seleccionó la muestra se utilizó la fórmula de Lourdes Mounch, ya que es la que nos acercará a resultados más precisos, donde cada valor significa:

$$n = \frac{z^2 p q N}{Ne^2 + z^2 pq}$$

N= Tamaño del universo. El valor que se le dio fue de 50 es decir, se tomó la mitad, ya que este hecho, por lo general, sucede en el hospital en un 100%, además de que este valor no puede ser menor de 30 porque ya no se garantizaría el carácter científico de la investigación.

n= Que es el tamaño de la muestra.

p= Probabilidad a favor

q= Probabilidad en contra

z= Nivel de confianza, de la cual se tomó: 99 dándosele un valor subjetivo de excelente.

A esto se le aplicó la operación establecida por la lógica matemática, dando como resultado: 2.57

e= Margen de error.

De acuerdo al resultado total de la fórmula, se manejó un tamaño de muestra de 38 pacientes. Para la realización de la prueba piloto, el resultado que salió de la fórmula de Lourdes, se le sacó el 10% dándole el mínimo de confianza y cuyo resultado fue a 4 personas. Se aplicó en el servicio de consulta externa del hospital de Nuestra Señora de la Salud, en la mañana durante la prestación del servicio; cuando las mamás acudían a revisión con su ginecólogo o al momento de haberles realizado una cesárea.

Los obstáculos que se tuvieron fue que: algunas mamás no sabían leer muy bien; otras no tenían un conocimiento claro del porqué se les realizó dicho procedimiento, por lo que no tenían cierta seguridad para contestar; algunas otras, no se sentían bien físicamente por la cirugía que se les había hecho; finalmente hubo mamás que se sentían tristes o deprimidas, por lo que no deseaban contestar en un 100%. Pero por lo general, existió muy buena disponibilidad e interés que incluso tenían preguntas sobre algunas cuestiones que habían vivido o estaban viviendo y otras narraban sus experiencias.

Posteriormente, todos los resultados se unificaron en una tabla por medio del paloteo para cada respuesta y se utilizó la media para cada ítem, finalmente,

se englobaron todos los resultados y mediante el sistema STATSTM contenidos en un CD del libro de metodología de Hernández Sampieri, se sacó la media, mediana y moda, rango, valor mínimo y máximo de todo el instrumento dando los parámetro siguientes, mismos que se expresarán en forma gráfica en el siguiente capítulo:

MEDIA	MODA	MEDIANA	RANGO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	ERROR ESTANDAR	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
8.3	76	80	21	75	96	2.377	8.235

CAPÍTULO IV.

4.0. ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LA UNIDAD PRIMARIA.

“El investigador busca describir sus datos y posteriormente efectuar análisis estadísticos para relacionar sus variables”. (Hernández, Fernández y Baptista. 2003, 495). Es por ello que los resultados obtenidos de los instrumentos de cada unidad de análisis, se expondrán de manera porcentual y gráfica en el presente capítulo para una mejor interpretación, buscando conclusiones precisas para responder a los objetivos e hipótesis descritas en el primer capítulo.

Una vez que los datos se han codificado y guardado, se procede a analizarlos de la siguiente manera: A la unidad principal se le aplicó una escala llamada Likert, de la cual se obtuvieron los porcentajes de cada ítem dando los siguientes resultados:

1. El doctor le hizo un tacto y le dijo que usted es estrecha. 61% respondieron que siempre; 34% nunca; 5% casi nunca 0% casi siempre y 0% a veces.

En ésta gráfica se puede apreciar que la mayoría de los diagnósticos que les realizan a las mujeres embarazadas se da por medio de la pelvimetría clínica, siendo éste procedimiento muy pobre y en la mayoría de los casos no es seguro, ya que incluso en las manos más expertas se cometen errores.

2. Le han realizado una céfalo pelvimetría. 37% respondieron que siempre; 34% nunca; 16% casi siempre; 13% a veces y 0% casi nunca. Se ha comprobado que la pelvimetría radiológica es muy certera, sin embargo se observa que este estudio no se realiza en un buen porcentaje.

3. Los partos que ha tenido han sido por cesárea. 61% respondieron que siempre; 21% a veces; 18% casi siempre; 0% casi nunca y 0% nunca.

Se observa que en muchas ocasiones, la cesárea se realiza bajo la frase: “Una vez realizada una cesárea, se hará siempre cesárea”, sin realizar los estudios necesarios con la finalidad de que el siguiente nacimiento sea parto vaginal.

4. Su médico le ha sugerido que su siguiente bebé nazca por parto vaginal. 50% nunca; 45% respondieron que siempre; 5% a veces; 0% casi siempre y 0% casi nunca. No hay duda de que existen casos en los que la mamá ya no puede tener su parto de forma vaginal; pero éste procedimiento no se realiza en la mayoría de los casos, porque no se lleva un adecuado control prenatal después de una cesárea, tal vez para evitar riesgos o no existe una adecuada actualización.

5. La han revisado y le han dicho que su bebé está en mala posición. 55% nunca; 23% respondieron que siempre; 16% casi siempre; 3% a veces y 3% casi nunca.

A veces las mamás respondían que no se les había revisado con anterioridad para ver forma en que venía su bebé sino hasta el momento del

trabajo de parto, que es donde les comunicaban que era necesario realizarles cesárea.

6. Le han pedido que se realice ultrasonidos. 79% respondieron que siempre; 11% a veces; 5% casi siempre; 5% nunca y 0% casi nunca. El ultrasonido es otro estudio que ha ayudado a descubrir ciertas anomalías que pudieran existir tanto en la madre como en el bebé, ya sea de posición, malformaciones, sufrimiento fetal...

7. Durante su embarazo, ha sentido que sale líquido claro por sus partes que escurre hasta los pies. 37% a veces; 34% nunca 18% respondieron que siempre; 8% casi nunca y 3% casi siempre. Hace falta mucha información en las mamás, porque existían casos en los que no sabían en que momento habían tenido ruptura de membranas (como es el caso de las primigestas), ya que la confundían con la orina y esto en ocasiones, puede evitar sufrimiento fetal especialmente en prematuros.

8. Ha tenido alguna infección urinaria, ardor o irritación en sus partes durante su embarazo. 42% respondieron que siempre; 23% casi siempre; 16% a veces; 16% nunca y 3% casi nunca.

En la mayoría de los casos, las mujeres embarazadas no saben que tienen alguna infección por lo que no se atienden oportunamente. Con esto la mujer puede estar propensa a partos prematuros.

9. Siempre ha sentido los movimientos de su bebé. 76% respondieron que siempre; 13% a veces; 11% casi siempre; 0% casi nunca y 0% nunca. Es bueno saber que la mamá, está pendiente de su bebé que siente en que momento está ocurriendo alguna situación de alarma.

10. Durante su embarazo el volumen de su útero ha estado disminuido o no crece mucho. 34% nunca; 24% respondieron que siempre; 21% a veces; 21% casi nunca y 0% casi siempre.

Mediante el adecuado control prenatal, se puede detectar a tiempo alguna situación de alarma que ponga en peligro la vida del bebé, como el oligohidramnios. 11. Ha tenido contracciones dolorosas por un tiempo de más de 14 horas. 37% nunca; 23% respondieron que siempre; 21% casi nunca; 11% casi siempre y 8% a veces.

En la mayoría de los casos, no existe un adecuado trabajo de parto, ya que se aplica la anestesia desde que se tienen 2 o 3 centímetros de dilatación, con esto se evita una evolución natural que en muchos casos lleva a una cesárea por un descenso tardío. 12. En el parto, ha presentado urgencia para pujar que no puede controlar y no sale el bebé. 50% nunca; 29% respondieron que siempre; 11% casi nunca 5% casi siempre y 5% a veces.

Con la aplicación de ciertos instrumentos, se evitan en ocasiones la práctica de la cesárea.

4.1. ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LA UNIDAD SECUNDARIA.

En cuanto a los resultados que se obtuvieron de las unidades secundarias y terciarias fueron: Para las unidades secundarias se aplicó un cuestionario de 10 ítems con respuestas alternativas, las cuales tenían un valor asignado.

Se obtuvieron resultados variables, pero de los cuales el 90% de un 100% comentaban que siempre la desproporción céfalo pélvica es indicación frecuente en nuestra época para realizar cesárea. El 50% están de acuerdo que a veces ante un nacimiento por cesárea, puede haber la posibilidad de realizar un parto vaginal previo control prenatal. El 60% mencionan que siempre ante sufrimiento fetal, es indicación relativa para realizar cesárea.

El 80% dicen que la ruptura prematura de membranas a veces es indicación relativa. El 90% mencionan que la situación transversa es indicación absoluta. El 50%, la cesárea iterativa siempre puede realizarse tipo Kerr.

El 80% están de acuerdo que es preferible tener 3 cesáreas solamente para evitar riesgos. El 90% han observado que a veces la mujer se somete a una cesárea para evitar todo dolor y temor. El 70%: a veces existen casos en los que las mamás han tenido contracciones por más de 14 horas y finalmente el 50% dicen que a veces la cesárea por segmento inferior disminuye la morbilidad materna.

4.2. ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LA UNIDAD TERCIARIA.

Mientras tanto, las unidades terciarias concuerdan en un 100%, en que es preferible realizar sólo 3 cesáreas para no poner en riesgo la vida de la madre y el hijo; y algo muy importante es que el 69.23% mencionan que no se da la información necesaria a la mamá sobre los cuidados post-operatorios que debe tener.

CAPÍTULO V.

5.1. CONCLUSIONES.

CAPÍTULO I.

A lo largo de la investigación se descubrió tanto de manera teórica como práctica, que la cesárea por segmento inferior presenta más ventajas que la cesárea clásica; inclusive se puede utilizar en casos de sufrimiento fetal o ante cesárea iterativa.

Éste tipo de incisión presenta ciertas ventajas entre ellas la disminución de pérdida sanguínea o la reducción del riesgo de rotura uterina durante los embarazos siguientes ya que el tejido que está en el segmento inferior del útero es menos contráctil que el cuerpo de este órgano; sin embargo en ocasiones no se recomienda, especialmente en urgencias en las que la vida de la madre o del producto estén en peligro debido a que el tiempo de esta cirugía es extenso.

Por lo que se concluye que el objetivo se logró en un 80%. En el planteamiento del problema, no fue difícil identificarlo, ya que mediante la práctica que se tiene en el hospital, ayudó a descubrir cuales son las cosas que ocurren más frecuentemente y con ello, la curiosidad sana de descubrir cuáles son los factores que los ocasionan.

A continuación se mencionan los obstáculos que se tuvieron para la realización de éste capítulo como fue: la falta de información teórica sobre cómo empezar dicha investigación; falta mucho vocabulario para expresar de forma adecuada ciertos términos sin necesidad de estar repitiendo frases o palabras.

Finalmente la hipótesis titulada: La cesárea por segmento inferior, disminuye la morbilidad en mujeres de 18 a 30 años en el primer semestre del 2006, en el Hospital particular de Nuestra Señora de la Salud, se logra en la medida que se realice este tipo de cesárea de acuerdo al tiempo necesario y al conocimiento del cuerpo humano de cada mamá en particular, ya que cada organismo es diferente.

En un inicio, se plantearon varias hipótesis, porque se veía que eran muy fáciles de resolver, pero con el tiempo, uno se da cuenta que para que se lleve un estudio con seriedad, es necesario plantear bien cada punto sin que se quieran abarcar varias cosas a la vez; además que lo anterior refleja falta de conocimientos para realizar una investigación.

CAPÍTULO II.

Las teorías ayudaron en gran manera para el seguimiento del estudio, gracias a ellas, se actualizaron conocimientos que no se tenían bien fundados al mismo tiempo que ayudaron a dar aportaciones y conclusiones concretas. No se olvidó que uno de los obstáculos que aparecieron fue que no existió en un primer

momento el material suficiente para su realización, se tuvo que buscar fuentes en otros lugares y por consiguiente cierta pérdida de tiempo.

CAPÍTULO III.

Los instrumentos que se utilizaron como fue la escala Likert a las unidades primarias y cuestionarios de pregunta opcional a las unidades secundarias y terciarias, se concluye que fueron de mucha utilidad, porque fueron los que ayudaron para dar conclusiones concretas y válidas, ya que en una investigación no sólo es importante la teoría sino también la experiencia que tienen las diversas personas que están más en contacto el tema a estudiar.

Faltó un poco de más experiencia y conocimientos con respecto a la metodología, ya que muchas veces cuando no se tienen las bases necesarias, en ocasiones se cree que lo más laborioso y complicado es lo mejor siendo todo lo contrario, ya que lo sencillo pero bien hecho, deja mejores aportaciones. Estos instrumentos se realizaron por parte del investigador, pero tuvieron que someterse a una validación, para darle confiabilidad y validez; tuvo el carácter de confiabilidad porque se aplicó varias veces a la misma unidad, dando en la mayoría de las ocasiones los mismos resultados.

Ahora bien, se tiene el requisito de validez porque en la mayoría de las ocasiones se recogió la información adecuada y precisa de acuerdo a los objetivos y pregunta planteada de acuerdo al tema.

CAPÍTULO IV.

Los datos se analizaron mediante las medidas de desviación estándar como son la media, mediana y moda, las cuales ayudaron para darle un carácter científico al estudio; posteriormente se graficaron para observar de una manera estadística los resultados. Una vez que los datos se han codificado y guardado, se procede a analizarlos de la siguiente manera:

Con la aplicación de estos instrumentos se comprueba la hipótesis, ya que la mayoría del personal médico, afirma que la unidad por segmento inferior es menos riesgosa; a sí mismo, se observa que en las unidades primarias se practica la cesárea en la mayoría de los casos sin objeto alguno, en otros casos se utiliza por desproporción céfalo pélvica, seguida por cesárea iterativa.

A las unidades secundarias, se les aplicó un cuestionario de preguntas cerradas con 5 opciones de respuesta, conteniendo 10 ítems y cuyo valor se le asignó por parte del investigador; de esto se concluye que la preparación con la que se cuenta está caducada, es decir, no existe una renovación de conocimientos, sino que las enseñanzas que se dan a los nuevos profesionistas es antigua.

Con respecto a las unidades terciarias, se les aplicó nuevamente otro cuestionario con los mismos parámetros de respuesta y 9 ítems. En esta unidad, se descubrió que el personal de enfermería, no cuenta con los conocimientos necesarios para dar una información veraz y objetiva a las unidades primarias que son las mujeres que han tenido más de una cesárea y que con ello pudieran prevenir situaciones de riesgo a futuro.

Para finalizar, no se puede descartar la falta de experiencia y conocimientos frente a la materia de estadística, ya que en un primer momento no se contó con las bases para la realización de éste punto, sólo se logró con la ayuda del asesor.

5.2. SUGERENCIAS Y RECOMEDACIONES.

Para que mejore el objeto de estudio, se recomienda que exista un mejor trato y acercamiento humano por parte del equipo de salud, de preferencia los ginecólogos para con las pacientes, ya que con ello, puede haber una mejor práctica de cesárea por segmento inferior, evitando riesgos que en ocasiones la cesárea clásica trae consigo; recordando que la práctica por segmento inferior requiere de más tiempo que el que normalmente se utiliza.

Cuando se cuentan con los instrumentos adecuados como es la pelvimetría radiológica y el ultrasonido, se pueden evitar cesáreas innecesarias que posteriormente repercuten en la vida reproductiva de la madre.

Se sugiere que ante una cesárea, se lleve un buen control prenatal como es: el espaciamiento entre una cesárea y un nuevo embarazo, una buena alimentación, ejercicio adecuado... para que posteriormente pueda existir la posibilidad de tener un parto vaginal.

Es preciso que se eviten ciertos procedimientos que pueden ocasionar la presencia de una cesárea y que en ocasiones ponen en peligro la vida de ambos seres como: la aplicación del bloqueo antes de los 5 cm. de dilatación, ya que esto trae como consecuencia un descenso lento o detención del trabajo de parto.

La administración de medicamentos uteroinhibidores de manera inconciente, la práctica de la pelvimetría clínica... Que el equipo de salud cuente con una preparación actualizada para poder asesorar a las mamás durante su embarazo, parto y puerperio.

ANEXOS.

Anexo I Escala tipo likert a madres de 18 – 30 años, quienes han sido sometidas a cesárea.

OBJETIVO: Conocer los factores que ocasionan la realización de una cesárea. Esta información será anónima y confidencial con el fin de llevar a cabo la realización de la presente investigación.

INSTRUCCIONES: De acuerdo a su experiencia de vida, le pido de la manera más atenta, que sea tan amable de marcar con una "X", cada una de las afirmaciones que se presentan a continuación en las que usted esté de acuerdo.

SIEMPRE CASI SIEMPRE ALGUNAS VECES CASI NUNCA NUNCA

C. Desproporción cefalopélvica.

1.C. El doctor le hizo un tacto y le dijo que usted es estrecha.

2.C. Le han realizado una cefalopelvimetría.

D. Cesárea iterativa.

3.D. Los partos que ha tenido han sido por cesárea.

4.D. Su médico le ha sugerido que su siguiente bebé nazca por parto vaginal.

E. Presentaciones anormales del feto.

5.E. La han revisado y le han dicho que su bebé está en mala posición.

6.E. Le han pedido que se realice ultrasonidos.

F. Ruptura prematura de membranas.

7.F. Durante su embarazo, ha sentido que sale líquido claro por sus partes que escurre hasta los pies.

8.F. Ha tenido alguna infección urinaria, ardor o irritación en sus partes durante su embarazo.

G. Sufrimiento fetal.

9.G. Siempre ha sentido los movimientos de su bebé.

10.G. Durante su embarazo el volumen de su útero ha estado disminuido o no crece mucho.

H. Periodo expulsivo prolongado.

11.H. Ha tenido contracciones dolorosas por un tiempo de más de 14 horas.

12.H. En el parto, ha presentado urgencia para pujar que no puede controlar y no sale el bebé.

Anexo II

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NTRA. SRA. DE LA SALUD.

Cuestionario aplicado a madres de 18 – 30 años, quienes han sido sometidas a cesárea.

OBJETIVO: Conocer que tipo de cesárea por segmento inferior se practica más. Esta información será anónima y confidencial con el fin de llevar a cabo la realización de la presente investigación.

INSTRUCCIONES: Le pedimos que conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Edad _____ . Causa de la cesárea: _____

1. La incisión que le realizaron fue:
() de su ombligo hasta el pubis. () del lado derecho hasta el lado izquierdo de su cadera.

2. Su médico le explicó y le preguntó sobre el tipo de incisión que le realizaría:
() Siempre. () A veces. () Nunca.

3. Cuánto tiempo ha pasado de una cesárea a otra.
() 2 años. () 5 años. () 7 años.

4. Tuvo distensión abdominal, sangrados, infecciones o fiebre después de la cesárea.
() Siempre. () A veces. () Nunca.

5. Tuvo problemas con alguno de sus órganos como por ejemplo para orinar o evacuar después de la cirugía.
() Siempre. () A veces. () Nunca.

6. Tuvo problemas para incorporarse a su vida normal.
() Sí. () No.

7. Su ginecólogo le ha sugerido que su siguiente bebé puede nacer por parto vaginal.
() Siempre. () A veces. () Nunca.

Anexo III

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NTRA. SRA. DE LA SALUD.
INCORPORADA A LA UNAM.

Cuestionario realizado a ginecólogos, residentes e internos.

OBJETIVO: Conocer los factores que ocasionan la realización de una cesárea. La información que me proporcione será confidencial con el fin de llevar a cabo la realización de la presente investigación.

INSTRUCCIONES: De acuerdo a su experiencia de profesión e investigación, le pido sea tan amable de contestar a cada una de las afirmaciones que a continuación se presentan circulando la que mejor crea conveniente.

1. La desproporción cefalopélvica es indicación absoluta más frecuente de cesárea en la época actual.

a. Siempre b. Casi siempre c. A veces d. Casi nunca e. Nunca

2. Ante el nacimiento por cesárea, puede haber la posibilidad de que el siguiente bebé nazca por parto vaginal previo control prenatal.

a. Siempre b. Casi siempre c. A veces d. Casi nunca e. Nunca

3. El sufrimiento fetal agudo es indicación relativa y es indicación de cesárea tipo Kerr.

a. Siempre b. Casi siempre c. A veces d. Casi nunca e. Nunca

4. La ruptura prematura de membranas es indicación relativa.

a. Siempre b. Casi siempre c. A veces d. Casi nunca e. Nunca

5. La situación transversa es indicación absoluta.

a. Siempre b. Casi siempre c. A veces d. Casi nunca e. Nunca

6. La cesárea iterativa puede y debe realizarse como tipo Kerr.

a. Siempre b. Casi siempre c. A veces d. Casi nunca e. Nunca

7. Existe un número máximo de cesáreas que pueden practicarse a una mujer.

a. 3 b. 4 c. Más

8. Existen casos en los que se les practica cesárea a mujeres porque temen pasar por un parto vaginal prolongado y doloroso.

a. Siempre b. Casi siempre c. A veces d. Casi nunca e. Nunca

9. Existen casos en los que la madre ha tenido contracciones dolorosas por más de 14 horas o ha presentado urgencia para pujar que no puede controlar pero no nace el bebé y es sometida a cesárea.

a. Siempre b. Casi siempre c. A veces d. Casi nunca e. Nunca

10. La cesárea por segmento inferior disminuye la morbilidad en las madres.

a. Siempre b. Casi siempre c. A veces d. Casi nunca e. Nunca

Anexo IV

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NTRA. SRA. DE LA SALUD.
INCORPORADA A LA UNAM.

Cuestionario realizado al personal de enfermería.

OBJETIVO: Descubrir el grado de información con la que cuenta el personal de enfermería. Esta información será anónima y confidencial con el fin de llevar a cabo la realización de la presente investigación.

INSTRUCCIONES: De acuerdo a su experiencia profesional, le pido sea tan amable de contestar a casa una de las afirmaciones circulando la que mejor crea conveniente.

- 1.- Ha observado que la práctica de la cesárea se realiza de manera justificada.
a.- Siempre b.- Casi siempre c.- A veces d.- Casi nunca e.- Nunca
- 2.- La incisión horizontal (Beck) es menos riesgosa que la incisión transversal tipo (Kerr).
a.- Siempre b.- Casi siempre c.- A veces d.- Casi nunca e.- Nunca
- 3.- La desproporción céfalo pélvica es indicación absoluta de cesárea
a.- Siempre b.- Casi siempre c.- A veces d.- Casi nunca e.- Nunca
- 4.- El sufrimiento fetal es indicación relativa de cirugía
a.- Siempre b.- Casi siempre c.- A veces d.- Casi nunca e.- Nunca
- 5.- Existen casos en los que se practica la cesárea a mujeres porque temen pasar pro un parto vaginal prolongado y doloroso.
a.- Siempre b.- Casi siempre c.- A veces d.- Casi nunca e.- Nunca
- 6.- Una vez realizada una cesárea, se hará siempre cesárea.
a.- Siempre b.- Casi siempre c.- A veces d.- Casi nunca e.- Nunca
- 7.- Han presentado hemorragia importante las madres después de una cesárea o problemas en órganos vecinos.
a.- Siempre b.- Casi siempre c.- A veces d.- Casi nunca e.- Nunca
- 8.- Existe un número máximo de cesáreas que pueden practicarse a una mujer.
a.- 3 b.- 5 c.- Ninguna
- 9.- Conoce e informa a la mama sobre los cuidados post-operatorios que debe tener.
a.- Siempre b.- Casi siempre c.- A veces d.- Casi nunca e.- Nunca.

GLOSARIO.

Analgesia epidural: Carencia de dolor sin pérdida de conciencia. Se aplica por fuera de la duramadre.

Apgar: Valoración del estado físico del recién nacido que suele realizarse al minuto y a los cinco minutos después del parto y que se basa en la puntuación (de 0 a 2) de cinco factores que reflejan la capacidad del niño para adaptarse a la vida extrauterina.

Cesárea: Intervención quirúrgica que consiste en realizar una incisión en el abdomen y el útero y extraer el feto por vía transabdominal. Se realiza cuando concurren circunstancias fetales o maternas anómalas que hacen considerar arriesgado el parto vaginal. El parto por cesárea es menos traumático para el recién nacido que una extracción difícil con fórceps.

Cesárea clásica o corporal: Se practica una incisión vertical sobre la cara anterior del cuerpo uterino cerca del fondo.

Cesárea Beck: Incisión que se realiza de forma longitudinal a nivel del segmento inferior del útero. Con frecuencia en esta operación se prolonga la incisión uterina y se convierte en segmento corporal.

Cesárea Kerr: Se practica una incisión transversal semilunar a nivel del segmento inferior del útero.

Enfoque cuantitativo: Usa recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento.

Hipótesis bivariada: Relación que existe entre una variable independiente y una variable dependiente.

Líquido meconial: Presencia de meconio en el líquido amniótico durante el trabajo de parto, lo cual puede ser un indicativo de sufrimiento fetal.

Macrosomía: Gigantismo.

Meconio: Material que se acumula en el intestino del feto y constituye las primeras heces del recién nacido. Tiene una consistencia espesa y pegajosa, un color verduzco o negro.

Métodos: Técnicas o procedimientos para producir un efecto deseado.

Método deductivo: Método de razonamiento que consiste en partir de un principio general conocido y avanzar lógicamente hasta alcanzar una conclusión particular desconocida.

Morbilidad: Frecuencia con la que se produce una enfermedad en una determinada población o área.

Mortalidad: Número de muertes por unidad de población en cualquier región, grupo de edad o enfermedad específica.

Muerte materna: Muerte perinatal: Muerte de un feto de más de 1.000 g de peso y de 28 o más semanas de gestación. **2.** Muerte de un recién nacido entre el nacimiento y el final del período neonatal.

Oxitocina: Inducción o intensificación de las contracciones del parto y contracción uterina para control de la hemorragia posparto.

Parto: Proceso comprendido entre el comienzo de la dilatación del cuello uterino y la expulsión de la placenta. Comprende cinco tiempos fundamentales respecto al feto, que se efectúan del mismo modo en cualquiera de las presentaciones: 1) reducción, 2) encajamiento, 3) descenso con rotación interna, 4) desprendimiento y 5) rotación externa.

Parto abdominal: Parto en el cual se extrae el feto a través de una incisión quirúrgica practicada en el abdomen.

Pelvimetría: Proceso de medición de las dimensiones del canal óseo del parto. Existe la pelvimetría clínica y radiográfica.

Perinatal: Relativo al tiempo y al proceso del nacimiento.

Procedimientos quirúrgicos ginecológicos: Ruptura prematura de membranas: Es la ruptura de las membranas ovulares lo cual ocurre durante la fase de dilatación cervical en el trabajo de parto, pero en ocasiones se rompen prematuramente durante el embarazo antes de que se inicie el trabajo del parto.

Situación transversa: Presentación anormal del feto en la cual el eje longitudinal del cuerpo se halla perpendicular con respecto a la madre; si no se produce o se realiza artificialmente la versión espontánea, es imposible el parto por vía vaginal.

BIBLIOGRAFÍA.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA.

CAPÍTULO I.

HERNÁNDEZ, Fernández y Baptista. *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*. Chile 2003. McGraw-Hill Interamericana. 3ª. Edición. p.p. 705.

MONDRAGÓN Castro Héctor. *OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA*. Agosto, 1997. Editorial Trillas. 4ª. Edición. p.p. 511 más anexos.

ROJAS Soriano Raúl. *GUÍA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES*. Plaza y Valdés. 17ª edición. México 1995. p.p. 302.

CAPÍTULO II.

HERNÁNDEZ, Fernández y Baptista. *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*. Chile 2003. McGraw-Hill Interamericana. 3ª. Edición. p.p. 705.

NÚÑEZ Maciel, y cols. *GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA*. Tomo 1. México, 1989. IMSS. 3ª. Edición. p.p. 597.

TORTORA, Grabowski. *ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA*. México, 2002. Oxford, University press. 9ª. Edición. p.p. 1175.

CAPÍTULO III.

HERNÁNDEZ, Fernández y Baptista. *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*. Chile 2003. McGraw-Hill Interamericana. 3ª. Edición. p.p. 705.

ROJAS Soriano Raúl. *GUÍA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES*. Plaza y Valdes. 17ª edición. México 1995. p.p. 302.

CAPÍTULO IV.

HERNÁNDEZ, Fernández y Baptista. *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*. Chile 2003. McGraw-Hill Interamericana. 3ª. Edición. p.p. 705.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.

A. Rosen Mark. Analgesia y anestesia obstétrica. Capítulo 16. *NEONATOLOGÍA*. Fisiopatología y manejo del recién nacido. Dirigido por Gordon B. Avery, Mary Ann Fletcher, Mhairi G. MacDonald. Madrid, España, 2001. p.p. 242 – 249. Editorial Médica Panamericana. 5ª. Edición.

BAILY Raffensperger, Lloyd Zusy, Claire Marchesseault, D. Neeson. *Consultor de ENFERMERÍA CLÍNICA*. Barcelona, España. Editorial Océano. p.p. 1168.

D. Rudolph, Colin y M. Rudolph, Abraham. *PEDIATRÍA DE RUDOLPH*. Volumen 1. Madrid, 2004. McGraw-Hill. Interamericana. 21ª. Edición. p.p. 1409.

HERNÁNDEZ, Fernández y Baptista. *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*. Chile 2003. McGraw-Hill Interamericana. 3ª. Edición. p.p. 705.

J.W.F. Beks, W. Lammers. *CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO NACIDO A TÉRMINO Y DEL PREMATURO*. Serie Jonxis, Volumen I. México, D.F. 1979. Editorial El Manual Moderno, S.A. y Excerpta Medica, Ámsterdam – Oxford. p.p. 290.

MONDRAGÓN Castro Héctor. *OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA*. Agosto, 1997. Editorial Trillas. 4ª. Edición. p.p. 511 más anexos.

NÚÑEZ Maciel, y cols. *GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA*. Tomo 1. México, 1989. IMSS. 3ª. Edición. p.p. 597.

R. Scott James. Parto por cesárea. Capítulo 29. Danforth *TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA*. Traducido por Araiza M., Pérez Gómez, Orizaga Samperio. México, 2003. p.p. 477 – 490. McGraw-Hill Interamericana. 8ª. Edición.

TORTORA, Grabowski. *ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA*. México, 2002. Oxford, University press. 9ª. Edición. p.p. 1175.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA EN INTERNET.

1. <http://news.gogle.com.ni/news?hl=es&ie=UTF-8&9=i-intervencion+por+cesareas> 19:55 10/09/05

2. iblnews.com/noticias/11/119878.html - 48k 19:20 17/09/05

3. www.cimac.org.mx/noticias/01ago/01081411.html - 7k 19:25 17/09/05

4. www.insp.mx/salud/46/461_2.pdf - 101k 18:50 17/09/05

5. www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/cesareas.pdf - 103k - 18:50 17/09/05

6. www.cimacnoticias.com/noticias/03ago/03080804.html - 8k - 20:55 29/09/05

7. www.todito.com/paginas/noticias/137729.html - 24k 19:00 17/09/05

8. <http://www.imbiomed.com/index3.html> 30 de octubre de 2005. 18:30

9. www.rionegro.com.ar/arch200311/09/v09s75.php - 26k 17 / 09 / 05 19:30

10. www.jornada.unam.mx/2005/08/12/043n3soc.php - 21:00 29/09/05

11. Jano on-line (Suscripción) - 6 Sep 2005 19:35 10/09/05