



**CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**
CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 DE FECHA 28-06-2011

LIC. ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PREVALENCIA DE OPERACIÓN CESAREAS EN EL
HOSPITAL GENERAL ADOLFO PRIETO EN AGOSTO 2018 A
JULIO DE 2019**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de

Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C.ITZMARA NATHALI CASTAÑEDA ADAN

Asesor:

LIC.ENF. Martha Elena Cisneros Martínez

Iguala de la Independencia. Gro., Noviembre 2019



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.

**CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**
CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 DE FECHA 28-06-2011

LIC. ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PREVALENCIA DE OPERACIÓN CESAREAS EN EL HOSPITAL
GENERAL ADOLFO PRIETO EN AGOSTO 2018 A JULIO DE 2019**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C. ITZMARA NATHALI CASTAÑEDA ADAN

Dirigido por:

LIC.ENF. Martha Elena Cisneros Martínez

SINODALES

LIC.ENF. Martha Elena Cisneros Martínez _____

Presidente

LIC.ENF. Concepción Brito Romero _____

Secretario

MCE. Virginia Hernández García _____

Vocal

RESUMEN

La presente investigación se llevó a cabo dentro de las instalaciones del Hospital General Adolfo Prieto, donde se tomó como muestra de estudio a la población conformada mujeres embarazadas que fueron atendidas en el periodo comprendido de agosto de 2018 a Julio de 2019 en el Hospital General Adolfo Prieto. Fue de tipo no probabilístico por conveniencia por el cien por ciento de los participantes que fue la población de mujeres embarazadas atendidas en el Hospital General Adolfo Prieto durante todos los turnos con los que cuenta la institución. se utilizó un instrumento de tipo transversal, con el instrumento de medición realizado el cual cuenta con un consentimiento informado, datos de la lista de cotejo. Los resultados se obtuvieron mediante el instrumento de medición SPSS versión 22, de los cuales se obtuvo de acuerdo a los resultados obtenidos con forme al instrumento empleado en el Hospital General Adolfo Prieto, nos arrojó que el 59% de las pacientes atendidas se les realiza operación de cesárea y solo el 41% es atendida por parto lo cual nos indica que se está rebasando el porcentaje propuesto por el sistema de salud del país, dándonos cuenta que el 43% son primigestas, y con un total de 1.32% de complicaciones en las que se destaca la hemorragia

Palabras clave: cesáreas, gestas, riesgo, parto

SUMMARY

The present investigation was carried out within the facilities of the Adolfo Prieto General Hospital, where the population of pregnant women who were treated in the period from August 2018 to July 2019 at the Adolfo General Hospital was taken as a study sample. It was of non-probabilistic type for convenience by one hundred percent of the participants that was the population of pregnant women treated at Adolfo Prieto General Hospital during all the shifts that the institution has. A transverse type instrument was used, with the measurement instrument performed which has an informed consent, data from the checklist. The results were obtained through the measuring instrument SPSS version 22, of which it was obtained according to the results obtained in accordance with the instrument used in the Adolfo Prieto General Hospital, it showed us that 59% of the patients treated undergo surgery of caesarean section and only 41% are attended by childbirth, which indicates that the percentage proposed by the country's health system is being exceeded, realizing that 43% are primitive, and with a total of 1.32% complications in the that the bleeding stands out

Keywords: caesarean sections, deeds, risk, childbirth

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por darme la vida y la fuerza para poder llegar a este momento muy importante de mi formación profesional.

A MIS padres, quienes con su confianza, cariño y apoyo sin escatimar es fuerza alguna me ayudaron a lograr una meta más; mi carrera profesional, por compartir conmigo tristezas, alegrías, éxitos y fracasos durante mi vida de estudiante, por esto y mucho más mi más profundo agradecimientos.

A mis hermanos, por darme fortaleza y seguir para ser un ejemplo para ellos.

A mi esposo, porqué gracias a tu apoyo incondicional a tus desvelos, y a tu amor que sin dudar me has entregado he culminado mi carrera profesional con éxito, me he convertido en una persona de bien, en algún momento un ejemplo a seguir para nuestros futuros hijos y sobre todo una compañera para ti que eres mi mayor inspiración. Te amo.

Itzmara Nathali Castañeda Adán

AGRADECIMIENTO

-Al centro universitario de iguala por darme la oportunidad de superarme.

-A mi asesora Martha Elena Cisneros Martínez por su paciencia y apoyo al trabajo de investigación.

- Con mucho cariño a mis maestros de la licenciatura por los conocimientos que me brindaron durante mi preparación profesional.

Itzmara Nathali Castañeda Adán

índice

RESUMEN.....	i
SUMMARY.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
Índice.....	v
Índice de cuadros.....	vi
Índice de figuras.....	vii
I INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Planteamiento de problema.....	2
1.2. Justificación.....	4
1.3. Objetivos.....	5
1.4. Hipótesis.....	5
II REVISIÓN DE LITERATURA.....	6
2.1. Teorías de la investigación.....	6
2.2. Marco referencial.....	8
2.3. Marco legal.....	10
2.4. Marco teórico.....	13
2.4.1. Clasificación de Operación cesárea	14
2.4.2 lineamiento técnico para indicación y práctica de la operación cesárea....	16
2.4.3. indicaciones relativas de operación cesárea.....	20
2.4.4. técnica quirúrgica.....	24
2.4.5.complicaciones.....	26
2.4.6.mortalidad.....	32
III DISEÑO METODOLOGICO.....	34
IV RESULTADOS.....	40
V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	48
VI BIBLIOGRAFIA	50
VII ANEXO A CONSENTIMIENTO INFORMADO	54
ANEXO B.....	55
ANEXO C.....	56
ANEXO D.....	60
ANEXO E.....	64

Índice de Cuadros

Cuadro 1. Variables.....	36
Cuadro 4.1 Edad de pacientes.....	41
Cuadro 4.2 Prevalencia de partos vs cesáreas en el periodo de agosto a julio 2019.....	42
Cuadro 4.3 Cesáreas de riesgo por edad.....	42
Cuadro 4.4 cesáreas por mes.....	43
Cuadro 4.5 incidencia de indicación de cesáreas.....	44
Cuadro 4.6 número de gestas.....	45
Cuadro 4.7 Semana de Gestación.....	46
Cuadro 4.8 complicaciones.....	47

Índice de Figuras

Figura 1 Cesárea.....	13
Figura 2 Tipo de Placentas.....	19
Figura 3 Técnica Quirúrgico.....	25
Figura 4 Edad de pacientes.....	60
Figura 5 Prevalencia de partos vs cesáreas en el periodo de agosto a julio 2019.....	60
Figura 6 cesáreas de riesgo por edad.....	61
Figura 7 Cesáreas por mes.....	61
Figura 8 incidencia de indicación de cesáreas	62
Figura 9 Numero de gestas.....	62
Figura 10 Semana de Gestación.....	63
Figura 11 Complicaciones.....	63

I INTRODUCCIÓN

El Hospital General Adolfo Prieto de Taxco de Alarcón Guerrero, cuenta con una población de atención de 1510 usuarias de las cuales el 59% fueron atendidas por cesárea.

A mediados de los años ochenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso como estándar para los nacimientos por cesárea la cifra de 15%.¹ A pesar de esta recomendación, los nacimientos quirúrgicos se han incrementado de manera notable en los últimos años en casi todos los países de ingresos altos y medios. En España su número se duplicó en los últimos 15 años y hoy alcanza 23% de los partos.² En el Reino Unido los nacimientos por esta vía se incrementaron de sólo 4% en 1970 a más de 20% en el momento actual.³ Esto obligó al Departamento de Salud a solicitarle al Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos el más grande estudio sobre cesáreas jamás realizado en este país. En Estados Unidos de América los nacimientos quirúrgicos pasaron de 5% en 1988 a 23% en el año 2000.⁴ Japón, que hace un uso muy extensivo de las parteras tradicionales, es una de las pocas naciones desarrolladas –junto con Holanda y los países escandinavos– que parece haber evitado esta epidemia. Su porcentaje de nacimientos por cesárea es menor de 10%.

Las cifras de los países de ingresos medios de América Latina son todavía más alarmantes. En Brasil más de 30% de los nacimientos son cesáreas.⁵ En Chile este porcentaje asciende a 40%.⁶

Son muchas las razones que se han esgrimido para explicar este exceso de cesáreas: la percepción que tienen los prestadores de que se trata de un procedimiento más seguro que el parto vaginal; la disminución de las habilidades obstétricas del personal encargado de la atención de los partos; la creciente edad de las madres; la mayor capacidad tecnológica para detectar sufrimiento fetal; la preferencia por este procedimiento que manifiestan ciertos sectores de la sociedad, y diversos incentivos económicos relacionados con los seguros privados.⁷⁻¹¹

La cesárea segura constituyó un importante avance en las alternativas de atención del parto.¹⁰ Hasta principios de los años sesenta, los incrementos que se presentaron en el uso de este procedimiento en los países desarrollados se asociaron con descensos en la mortalidad materna y neonatal. Cabe destacar que hasta esas fechas los porcentajes de cesáreas en estos países no superaban el 10%. A partir de los años setenta, sin embargo, las cesáreas se incrementaron de manera muy significativa sin que se produjeran mejoras adicionales en la mortalidad de las madres y sus productos.

El aumento de las cesáreas que no tienen justificación clínica preocupa a las autoridades sanitarias y a los prestadores de servicios de salud porque eleva los costos de la atención médica, y expone a la madre y al producto a riesgos innecesarios.

El objetivo de este trabajo es describir el comportamiento de las cesáreas en México en los últimos años, tanto en el sector público como en el privado, y evaluar su posible relación con ciertas características socioeconómicas, y la disponibilidad de especialistas.

1.1 Planteamiento del Problema

La cesárea nace como un recurso médico quirúrgico para la resolución de embarazos, que requieren intervención inmediata por el riesgo para el binomio madre- hijo, sin embargo, se ha hecho un uso indiscriminado de este procedimiento, registrándose aumentos significativos en el número de cesáreas que se practican tanto a nivel internacional como nacional. Tanto en el sector público como en el privado, se reporta que, en los últimos años, se ha incrementado el número de nacimientos por cesárea.

Este incremento tan marcado, representa un impacto relevante en diferentes ámbitos. A nivel personal la importancia que adquiere sobre la vida del paciente y la de su familia es considerable sobre todo porque la cesárea es una cirugía mayor

la cual requiere de cuidados especiales, mayor tiempo de recuperación e implica riesgos de complicaciones; pero sobre todo marca un suceso muy importante en la vida del paciente y su historial obstétrico.

En el ámbito médico, la operación cesárea con la correcta y oportuna indicación ya sea materna, fetal, mixta, relativa o absoluta; representa el mejor recurso para mejorar el pronóstico del binomio e incluso presévala la vida, sobre todo si se hace un adecuado balance entre los riesgos y los beneficios.

A nivel institucional una cesárea por si misma representa un incremento en la utilización de los recursos humanos, materiales y financieros, por consecuencia se elevan los de la atención médica. Como se mencionó anteriormente, la realización de la cesárea conlleva riesgos de complicaciones las cuales si llegan a presentar requieren ser oportunamente atendidas, para lo cual las instituciones deben contar con los recursos necesarios para darles solución.

A pesar de la relevancia del marcado incremento de la práctica de la operación cesárea tanto a nivel nacional como en el Hospital General Adolfo Prieto de la ciudad de Taxco de Alarcón Guerrero se incrementó una práctica excesiva de esta, por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las indicaciones de la operación cesárea en el Hospital General Adolfo Prieto de la ciudad de Taxco de Alarcón Guerrero en el periodo comprendido de enero 2018 a enero 2019?

1.2 Justificación

El Centro Universitario de Iguala, interesado siempre en las condiciones de salud de la población, pretende obtener con este trabajo de investigación, información sustentada en un diseño metodológico que proporcionará conocimiento sobre las indicaciones de operación cesárea y su relación con el número de incidencias que la misma presenta en el Hospital General Adolfo Prieto de la ciudad de Taxco de Alarcón Guerrero.

Social:

Es importante estudiar la elevada frecuencia de realización de operación cesárea en nuestra sociedad, ya que se ha visto un aumento en la frecuencia por parte de las pacientes en relación a que hay “menor riesgo”, menor dolor, menor tiempo de espera y el poder elegir el día del nacimiento del producto de la concepción, así como en el ámbito profesional referente a problemas médico-legales, aumentó en honorarios médicos, falta de habilidades manuales.

Epidemiológica:

Se ha observado un incremento en el número de operación cesárea en todo el mundo. En México corresponde a un porcentaje mayor del 45.1% contrario de lo que nos dice la Norma Oficial Mexicana 07 el cual menciona que la realización de la operación cesárea debe ser menor del 15- 20 %. En el hospital General Adolfo Prieto de la ciudad de Taxco de Alarcón Guerrero se ha encontrado una incidencia del % en el periodo comprendido enero 2018 a enero 2019, por lo que su porcentaje se encuentra por encima de los parámetros establecidos en la NOM 07, así como la OMS del 10-15%.

Económica:

Siendo la operación cesárea una técnica quirúrgica de gran demanda en el HG Adolfo Prieto de la ciudad de Taxco de Alarcón Guerrero, es de importancia conocer que un día de estancia intrahospitalaria por la misma equivale a \$0000.00 pesos, lo cual conlleva a un gasto importante ya sea por la estancia hospitalaria o por las complicaciones afectando en la atención médica y hospitalaria.

El nivel socioeconómico, educativo y familiar incidiendo directamente en la realización de la operación cesárea tanto por parte del paciente, así como del médico tratante.

1.3 Objetivos

Objetivo general: Determinar el índice de operación cesárea en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco de Alarcón Guerrero.

Verificar si hay un seguimiento con la NOM 007 con el número de realización de operación cesárea.

Comprobar si hay un seguimiento con respecto a la guía de práctica clínica del gobierno federal en relación con la clasificación de indicaciones de operación cesárea tanto absoluta como relativa.

1.4 Hipótesis

Hipótesis verdadera: Prevalencia de la Operación Cesárea en el Hospital General Adolfo Prieto es de al menos 70% sobre la atención de partos.

Hipótesis nula: Prevalencia de la Operación Cesárea en el Hospital General Adolfo Prieto es de al menos 50% sobre la atención de partos.

II REVISION DE LITERATURA

2.1 TEORIAS DE LAS INVESTIGACION

Sor Callista Roy ^{1,2}

Callista Roy nació el 14 de octubre de 1939 en los Ángeles California y en 1963 inició su carrera de enfermera. Cuando empezó a trabajar como enfermera de pediatría, observo la gran capacidad de recuperación que tenían los niños y su capacidad para adaptarse a cambios fisiológicos y psicológicos importantes.

En 1964-1966 comenzó a trabajar en el concepto básico de su modelo basándose en el trabajo de Harry Helson en psicofísica e influenciada por la capacidad de los niños a adaptarse al cambio.

Además de combinar la definición de sistemas que hace Rapoport que considera a la persona como un sistema adaptativo de 4 categorías o modos de conductas para adaptarse a los estímulos. Este modelo se define:

Función fisiológica: implica las necesidades básicas del organismo, las formas de adaptación incluyen los patrones de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, integridad de la piel, sentidos, líquidos y electrolitos y la función neurológica y endocrina.

Autoconcepto: se refiere a las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo. Abarca la identidad física (incluye la sensación y la imagen corporal), la identidad personal (incluye la autoherencia y la autoideal) y la identidad moral y ética (incluye la autoobservación y la autoevaluación).

Función de Rol: implica conductas de razón de la posición de la persona en la sociedad; depende de cómo una persona interactúa con otras en una situación

concreta. Puede clasificarse como primario (edad, sexo), secundario (marido, mujer) y terciario (rol temporal de un particular).

Interdependencia: implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Persigue el equilibrio entre conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y efecto). Satisface las necesidades de la persona de amor, educación y efecto.

Dentro de los modos adaptativos están mecanismos de afrontamiento, que son dos:

-Regulador: controla los procesos internos relacionados con las necesidades fisiológicas.

-Cognitivo: regula el auto concepto, la función del rol y la interdependencia.

La capacidad para adaptación depende de los estímulos a que está expuesto y su nivel de adaptación y este a la vez depende de tres clases de estímulos:

Focales, los que enfrenta de manera inmediata.

Contextuales, que son todos los demás estímulos presentes.

Residuales, los que la persona ha experimentado en el pasado.

Metaparadigma:

-Persona:

ser biopsicosocial, en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambio y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados de enfermería, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

-Entorno:

Todos las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos.

-Salud:

Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de esta de ser un organismo adaptativo.

-Enfermera:

Es requerida cuando una persona gasta más energía en el afrontamiento, dejando muy poca energía disponible para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatros modos, ya sea en salud o en la enfermedad.

2.2. Marco Referencial

La cesárea es un procedimiento que permite el nacimiento del feto a través de la pared abdominal (laparotomía) y del útero (histerotomía) cuando este se dificulta por vía vaginal. Anteriormente se consideraba una intervención temible porque producía elevadas tasas de morbilidad materno-fetal, mismas que ha disminuido con el uso de antibióticos, mejores técnicas quirúrgicas, anestesia analgesia y creación de bancos de sangre, por lo que es una cirugía útil y apreciada.

De este modo se ha propiciado su abuso y estadísticamente es considerada la cirugía mayor mas practicada en la actualidad.

El objetivo de esta revisión sistemática es describir y precisar diversas características éticas en relación a esta intervención quirúrgica. (Martínez-Salazar GJ et al Operación cesárea, 2015).³

El incremento en la frecuencia de esta intervención quirúrgica se considera un problema de salud pública en el mundo, y México no es la excepción, en nuestro país este aumento tan notable en el número de cesáreas sin indicaciones justificadas en las instituciones de sector público y privado ha sido motivo de preocupación para el Sistema Nacional de Salud, varias instituciones han unido esfuerzos para implementar estrategias tendentes a su disminución. (Secretaría de Salud Cesárea Segura 2012).^{4,5}

El fenómeno de la cesárea sin indicaciones obstétrica, médica o fetal resulta la importancia de establecer protocolos basados en evidencias que permitan homogenizar el juicio clínico de cada tipo de nacimiento en base a sus riesgos y beneficios particulares.

Además, desde una perspectiva ética, la aplicación de los principios beneficencia, justicia y autonomía no apoyan la recomendación o aun el ofrecimiento de una cesárea electiva. (Villanueva Eran Luis Alberto, Cesárea una perspectiva integral).⁶

Los principales factores conducentes que se han identificado incluyen principalmente las características del hospital: afluencia de pacientes, público o privado, con formación o no de recursos humanos; el uso cada vez más frecuente de ultrasonografía y monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal, lo que puede inducir al sobre diagnóstico de complicaciones fetales, más aún cuando el conocimiento de estas tecnologías no es el adecuado; y las preferencias del obstetra mismo o del servicio obstétrico en su conjunto. (Vergara F, Abel F, Álvarez D. Consideraciones éticas sobre la cesárea, 2011).⁷

Basar el juicio clínico solo en los derechos de la paciente convierte al médico en un técnico y el resultado puede ser devaluar sistemáticamente el juicio clínico experto y con esto la integridad de la medicina como profesión (Minkoff H, Powderly KR, Chervank F, Ethical dimensions of elective primary cesarean delivery, 2014)⁸

2.3 Marco Legal

Normas Oficiales Mexicanas

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida

En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo. (Atención del parto).

Al ingreso de toda mujer para la atención obstétrica, se deberá abrir el expediente clínico, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1, del Capítulo de Referencias, de esta Norma y se integrará el partograma correspondiente que se señala en el Apéndice B Normativo, de esta Norma. En caso de necesitar traslado a un establecimiento para la atención médica con mayor capacidad resolutive, se deberá valorar el traslado oportuno y seguro. (Atención del parto).

Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.

En la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión de mucosidad, liquido o sangre a través de los genitales, se deben tomar signos vitales, presión arterial, temperatura, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y

proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas, para decidir la conducta a seguir conforme a la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México; 2014.

En el caso de pérdida de sangre transvaginal, deben descartarse complicaciones como placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, u otras causas de hemorragia.

En caso de realizar la operación cesárea, es necesario registrar con detalle en el expediente clínico los diagnósticos que condujeron a dicho procedimiento quirúrgico, y el o los profesionales de la salud responsables de la decisión. Debe informarse oportunamente a la mujer de esta decisión y sus fundamentos, lo que también debe registrarse en el expediente clínico, incluyendo los riesgos y beneficios asociados y las consideraciones en futuros embarazos y partos después de la operación cesárea(Atención del parto).⁹

NOM-019-SSA3-2013 ¹⁰

Rige de forma clara y organizada, el nivel de responsabilidad que el personal de enfermería tiene en el esquema estructural de los establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado. Menciona las definiciones del cuidado que a continuación se presentan. (NOM-019-SSA3-2013)

Cuidado: A la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respeto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.

Cuidados de enfermería de alta complejidad: A los que se proporcionan al paciente que requiere de atención especializada. Usualmente, es en áreas de atención específica, donde comúnmente el cuidado es individualizado, se apoya con la

utilización de equipos biomédicos de tecnología avanzada y personal de enfermería especializado en la rama correspondiente.

Cuidados de enfermería de mediana complejidad: A los que se proporcionan al paciente que se encuentra en un proceso mórbido que no requiere de alta tecnología; los cuidados se relacionan con el grado de dependencia de las personas para cubrir sus necesidades de salud. El personal de enfermería requiere contar con conocimientos, habilidades y destrezas para la atención integral del paciente, familia o comunidad.

Cuidados de enfermería de baja complejidad: A los que se proporcionan al paciente que se encuentra en estado de alerta y hemodinámicamente estable, con mínimo riesgo vital o en recuperación de un proceso mórbido. El cuidado se enfoca a satisfacer las necesidades básicas de salud y de la vida cotidiana.¹⁰

GPC IMSS-048-08 ¹¹

Reducción en la Frecuencia de la operación cesárea

La elaboración de una guía estándar de manejo de la operación cesárea, que sea revisada periódicamente, ha dado buenos resultados

(Chaillet N, et al 2008).¹

Dar a conocer la guía al personal y observar el cumplimiento de la misma

(Chaillet N, et al 2008).²

Crear grupos de apoyo para educar a pacientes, médicos y enfermeras en los beneficios del parto vaginal, manejo activo del trabajo de parto y monitorización electrónica (Chalet N, et al 2008³).

En caso de programar cesárea pedir una segunda opinión

(Chalet N, et al 2008⁴).

2.4 Marco Teórico

La resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la operación cesárea constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal contemporánea y ha tenido indiscutiblemente un impacto extraordinario en la disminución de la mortalidad materna y perinatal. ^{12,13}

- Operación Cesárea

Procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y sus anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en el abdomen y en el útero. (Vergara S.G.,2009)

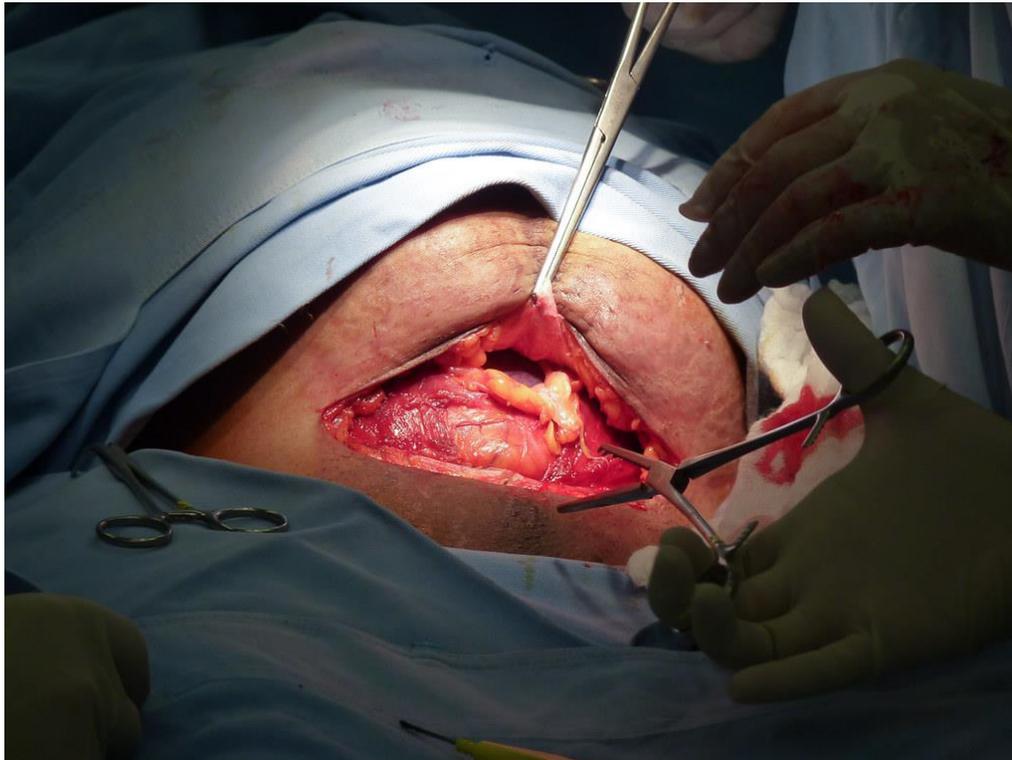


Figura 1 Cesárea

2.4.1 Clasificación De Operación Cesárea

Dentro de la literatura podemos encontrar diferentes formas de clasificar una cesárea.

-Tipos de cesárea ^{14,15,16,17}

- **Cesárea electiva:** es aquella que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada.
- **Cesárea en curso de parto o de recurso:** se indica y realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen desproporción pélvica fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. No existe riesgo inminente para la madre ni para el feto.
- **Cesárea urgente:** es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente.
- La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas maternas, fetales o mixtas:

Causas maternas

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

- Distocia de partes blandas
- Malformaciones congénitas
- Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el trabajo de parto
- Cirugía previa de cérvix (vagina y vulva)
- Distocia de la contracción
- Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normo inserta).

Causas fetales

- Macrosomía fetal que condicione desproporción cefalopelvica
- Alteraciones de la situación, presentación, actitud fetal
- Prolapso del cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Trabajo de parto prolongado
- Cesárea post mortem

Causas mixtas

- Síndrome de desproporción cefalopelvica
- Preeclampsia-eclampsia
- Embarazo múltiple
- Infección amniótica
- Iso inmunización materno fetal

2.4.2 lineamiento técnico para la indicación y práctica de la operación de cesárea:^{18,19}

- Cesárea iterativa
- Presentación pélvica
- Sufrimiento fetal
- Retraso en el crecimiento intrauterino
- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
- Placenta previa
- Placenta de inserción baja
- Incisión uterina corporal previa
- Presentación de cara
- Prolapso del cordón umbilical
- Hidrocefalia
- Gemelos unidos
- Infecciones maternas de transmisión vertical
- Embarazo pretérmino
- Condilomas vulvares grandes

Cesárea iterativa: Procedimiento quirúrgico que se realiza en mujeres con antecedentes de 1 o más cesáreas previas. En un estudio se encontró que su incidencia es de 45%.

Presentación pélvica: La presentación de nalgas es aquella en que la pelvis de un feto en situación longitudinal está en contacto con el estrecho superior de la pelvis materna. Su incidencia global es del 3 al 4%. A si mismo se clasifica:

Presentación de nalgas puras: los miembros inferiores están extendidos en flexión ventral de tal forma que los pies se encuentran a la altura de los hombros, esta variedad es la más frecuente en 65-70%

Presentación de nalgas completas: el feto está sentado con las articulaciones de las caderas y rodillas flexionadas. Su frecuencia es aproximadamente del 5%.

Presentación de nalgas incompletas: presentación de nalgas con uno o ambos pies en el canal vaginal. Su frecuencia es del 25 al 30%.

Sufrimiento fetal: Es un trastorno metabólico causada por una variación de los intercambios materno-fetales de evolución rápida, que altera la homeostasis fetal y ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia y acidosis, lo cual conduce a lesiones hísticas con secuelas y puede producir la muerte. Se manifiesta clínicamente por las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal y la expulsión de meconio, y la evolución del cuadro clínico depende de su duración, la gravedad de la anoxia y la capacidad de los mecanismos compensatorios fetales. Su prevalencia es del 21% con respecto a las demás indicaciones.

Retraso en el crecimiento intrauterino: incapacidad del feto para alcanzar su potencial genético de crecimiento. Estadísticamente se estima cuando el peso y/o circunferencia abdominal es inferior al percentil 10 de los rangos de referencia en percentiles correspondientes para su edad gestacional, en aquellos que crecieron en un percentil normal y caen 2 desviaciones estándar respecto a su tendencia de crecimiento previo. Este permanece como uno de los mayores problemas en obstetricia afectando el 15% de los embarazos. En Países desarrollados la prevalencia es del 6.9, % 23.8 en vías de desarrollo.

Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta: separación prematura de la placenta “antes del nacimiento” implantada normalmente. Este desprendimiento puede ser central o lateral; por lo que puede llegar a dar sangrado transvaginal o no presentarse. El desprendimiento puede ser total acompañándose de muerte fetal o parcial que se acompaña de desprendimiento de una parte de la placenta. Su prevalencia está presente en un 18%.

Placenta previa: implantación de la placenta en el segmento inferior del útero. Esta se clasifica de acuerdo a su relación con el orificio cervical interno.

Placenta previa central total: es aquella que cubre en su totalidad el orificio central interno.

Placenta previa marginal: es aquella cuyo borde está a 2 cm o menos del orificio cervical. La placenta previa equivale al 2.5%.

Placenta de inserción baja: implantación de la placenta en el segmento inferior del útero el cual se encuentra de 2 a 6cm del segmento inferior. Riesgo en una paciente sin operación cesárea es del .26% en cesárea del 65%, 2 cesáreas 1.8% y en 3 cesáreas del 3%y cuando hay más de 4 cesáreas es del 10%.

Incisión uterina corporal previa: mujer con procedimiento quirúrgico previo de operación cesárea por Incisión uterina corporal.

Presentación de cara: Variedad de presentación donde debemos tomar como punto de referencia el mentón. Ya que al realizar las maniobras de Leopold evaluamos el dorso fetal y encontrando una depresión profunda que se forma entre la cabeza en máximo grado de deflexión y la columna vertebral fetal. Al tacto identificamos mentón y el resto de las partes de la cara fetal. Es importante identificar la boca y la nariz, para diferenciar de la presentación podálica, con la que se puede confundir.

Prolapso de cordón umbilical es una condición durante las últimas etapas de embarazo en las que el cordón umbilical desciende dentro de la vagina prematuramente; con más frecuencia después que las membranas se han roto y el bebé se mueve dentro del canal de parto para el alumbramiento. El prolapso de cordón umbilical es relativamente común, ocurre en 1 de cada 300 nacimientos.

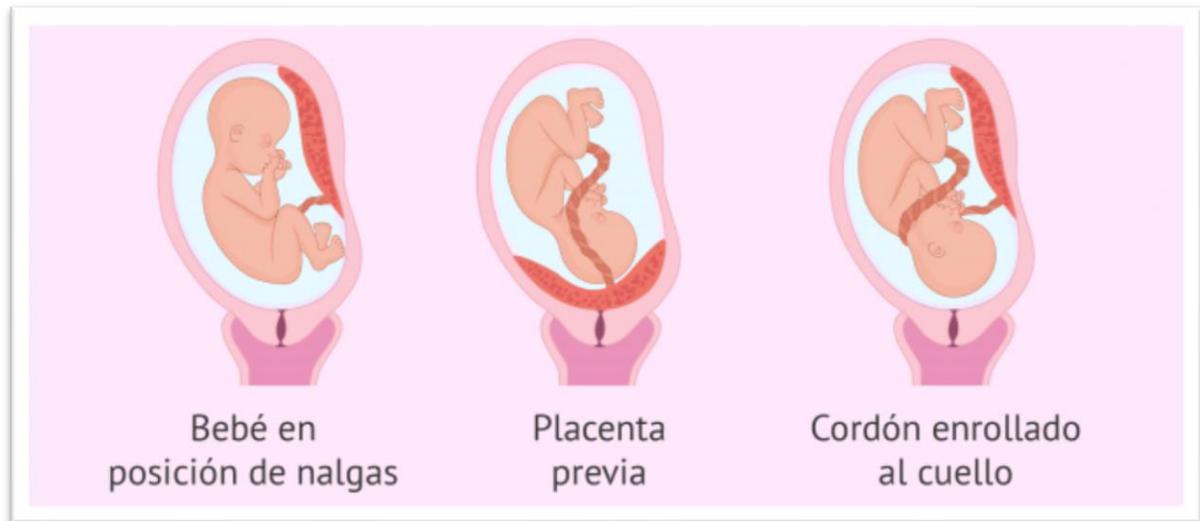


Figura 2 tipo de placentas

Hidrocefalia: es una enfermedad que se caracteriza por incremento en el contenido de líquido cefalorraquídeo cefálico, causado por la dificultad para la circulación, incremento de la producción y absorción del mismo. La prevalencia estimada varía entre 0,5 a 1,8 por 1.000 nacidos vivos.

Gemelos unidos: complicación del embarazo gemelar que ocurre cuando hay sólo un óvulo fecundado, en el cual la separación celular ocurre tardíamente. Los gemelos unidos, llamados también siameses se presentan en 1 de cada 50,000 nacimientos.

Infecciones maternas de transmisión vertical: son todas aquellas enfermedades que transmite la madre al feto/recién nacido, durante los procesos inherentes a la maternidad (embarazo, parto y lactancia). Se estima que en el mundo se producen más de 300 millones de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) en adultos entre los 15-49 años. Sin embargo, la población portadora asintomática es probablemente mucho mayor. La relevancia obstétrica de la ITS radica en que durante el embarazo estas infecciones tienen complicaciones directas en el feto.

Embarazo pretérmino: (<1500 gr de peso fetal): Se denomina pre término al producto de la gestación que nace antes de las 37 semanas de gestación o 259

días a partir del primer día del último período menstrual. El parto pretérmino origina complicaciones en 500,000 nacimientos, aproximadamente, cada año en Estados Unidos, con una tasa de 12.5%. El nacimiento pretérmino se debe a contracciones uterinas regulares acompañadas de cambios cervicales antes de las 37 semanas de gestación.

Condilomas vulvares grandes: Infección genital por el virus del papiloma humano. Aproximadamente el 50% de los condilomas asociados al embarazo regresan espontáneamente en los tres primeros meses tras el parto. Se recomienda la realización de cesárea, cuando el canal del parto es obstruido por las lesiones o si se prevé un sangrado de dichas lesiones durante el parto, dado su tamaño

2.4.3 Indicaciones relativas de operación cesárea:

- Desproporción céfalo pélvica
- Pre eclampsia –eclampsia
- Ruptura prematura de membranas
- Embarazo pos término
- Embarazo múltiple
- Distocia dinámica
- Iso inmunización materno fetal
- Diabetes gestacional
- Antecedentes de deciduomiometritis
- Antecedente de metroplastía
- Antecedente de miomectomía
- Miomatosis uterina
- Compromiso de histerorráfía
- Oligohidramnios

- Cirugía vaginal previa
- Primigesta añosa
- Cesárea electiva

Desproporción cefalopélvica.: Condición donde la cabeza fetal es demasiado grande para pasar por la pelvis materna, siendo esta condición más común en mujeres primigestas. la incidencia por operación cesárea llega hasta 8.1%. ²⁰

Preeclampsia /eclampsia: La preeclampsia se divide como leve y severa.

La preeclampsia leve: se define como presión arterial 140/190 mm/Hg con elevación 30mmHg en sistólica y 15mmHg en diastólica cuando se conocen cifras tensionales basales previas, se presenta después de la semana 20 hasta 30 días posparto, existe proteinuria de más 300mg en 24 hrs, ausencia de síntoma vaso espasmo.

Preeclampsia severa: se define como presión arterial 160/100 mm/Hg o más, después de la semana 20 de gestación hasta 30 días posparto, existe proteinuria mayor 5gr en 24hrs, presencia de acufenos, cefalea, fosfenos, edema generalizado.

Eclampsia: se define como presencia de convulsiones en paciente previamente diagnosticados con pre eclampsia después de la semana 20 de gestación o durante el puerperio en ausencia de otras causas de convulsiones. La incidencia de preeclampsia- eclampsia se encuentra del 12 a 22%.

Ruptura Prematura de Membranas: Ruptura o solución de continuidad de las membranas corioamnióticas antes del inicio de trabajo de parto a partir de la semana 22 de gestación, caracterizándose por salida de líquido claro por vagina de forma abundante y súbita. Su incidencia es variable del 15% a 22%.

Embarazo Pos término: embarazo que supera las 42 semanas de gestación. Este se presenta en un 7%.

Embarazo múltiple: Se define como la presencia de dos o más fetos dentro del útero, se catalogan dependiendo de su cigocidad, corionicidad y amniocidad. Su incidencia llega a ser de hasta 3% de nacidos vivos.

Distocia Dinámica: son aquellas producidas por una actividad uterina defectuosa, ineficaz o inapropiada para conseguir la dilatación cervical y o de descenso del feto.

Iso inmunización materno fetal: consiste en la producción materna de anticuerpos hacia un antígeno de membrana de los eritrocitos fetales como respuesta a sensibilidad previa. Los eritrocitos son destruidos por el sistema retículo endotelial fetal. Condicionando una anemia fetal o neonatal secundaria a hemolisis de origen inmunológico. Conocida como enfermedad hemolítica perinatal o eritroblastosis fetal. Su incidencia varía del 15% mujeres blancas, 5 a 8% afroamericanas, 1 a 2% asiáticas y nativas americanas.

Diabetes gestacional: Padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos que se reconoce por primera vez durante el embarazo. Su incidencia en nuestro medio es del 3 al 9.6%.

Antecedente de Deciduomiometritis: Infección causada por invasión directa de microorganismos patógenos hacia endometrio y miometrio. Considerada como una de las principales causas de infección puerperal, con porcentajes de presentación del 5% de todas las resoluciones obstétricas en el mundo.

Antecedente de Metroplastía: Tener el antecedente de procedimiento quirúrgico para la corrección de malformaciones uterinas, siendo estas poco frecuente, siendo su incidencia entre el 1 a 2%.

Antecedente de miomectomía: haberse realizado un procedimiento quirúrgico para la extracción de miomas uterinos.

Miomatosis Uterina: Tumores benignos del músculo liso del útero, siendo su tamaño variable desde milímetros hasta grandes tumores que ocupan toda la cavidad abdominal. Dependientes de estrógenos y progesterona para su crecimiento, poco común antes de la menarca y generalmente con regresión en la menopausia. Su incidencia. Presenta una prevalencia del 5 a 21% en todo el mundo. Siendo en raza afroamericana del 60%, y en caucásicos del 40%.

Compromiso de histerorrafia: Es aquella operación que se practica con el fin de suturar una herida uterina. Entre sus complicaciones encontramos perforación, ruptura o dehiscencia de cicatriz anterior. Existe un rango por ruptura uterina del 1.3% al 8.6%.

Oligohidramnios: se ha definido en forma clásica como un valor del ILA (El índice de líquido amniótico) menor de 5 cm (definición estándar), y menor de 8cm definición alternativa. Oligohidramnios como condición que complica el embarazo se observa en el 3 al 5 % del total de los embarazos.

Cirugía vaginal previa: Antecedente de procedimientos quirúrgicos que se realizaron a cabo en la vía vaginal y contraindiquen la operación cesárea.

Primigesta añosa: Toda mujer que está embarazada por primera vez de 35 años o más.

Cesárea electiva: Es aquella que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada.

2.4.4. TÉCNICA QUIRÚRGICA

Preparación de la paciente ²¹

Incisión de la pared abdominal

El tipo de incisión cutánea depende de las circunstancias clínicas.

Media infra umbilical: Incisión con bisturí que comprende piel y tejido adiposo hasta la fascia. El límite superior se sitúa a dos traveses de dedo por debajo del ombligo y el límite inferior a dos traveses de dedo sobre la sínfisis púbica.

Incisiones transversales: siguen las líneas naturales de tensión de la piel (líneas de Langer) y se cree que brindan un mejor efecto estético por la menor tensión en los bordes cutáneos, proporcionan un mejor cierre de la pared abdominal, menor tasa de dolor postoperatorio.

Incisión de Pfannenstiel: se ubica dos dedos por encima de la sínfisis pubiana. Aquí la piel se puede abrir mediante una incisión transversa baja de unos 15cm que se curva suavemente hacia arriba, colocada en un pliegue natural de la piel (la incisión en "sonrisa").

Extracción fetal

Una vez extraído el feto, debe colocarse con la cabeza en posición declive, sin estimularle para evitar apneas. El cordón debe pinzarse y seccionarse. El recién nacido será trasladado a la cuna térmica. A diferencia del parto vaginal, la indicación de la administración de uterotónicos debe hacerse tras la salida de los hombros del feto. Se puede utilizar oxitocina 10UI en 500ml de suero fisiológico (125ml/h) o bien carbetocina 100mcg, administrada en una sola inyección intravenosa si es posible antes del alumbramiento placentario para disminuir el riesgo de hemorragia por atonía uterina.

Alumbramiento

La extracción espontánea de la placenta es preferible a la extracción manual, ya que produce menor pérdida sanguínea y menor tasa de endometritis postparto. Una vez extraída la placenta se deben identificar los ángulos y bordes de la histerotomía para cogerlos con pinzas de anillos.

Revisión y limpieza de la cavidad uterina

Reparación de la histerotomía

Cierre de la pared abdominal²²



Figura 3 técnica quirúrgico²³

2.4.5. COMPLICACIONES:²⁴

Durante muchos siglos la operación cesárea ha conllevado a una alta mortalidad materna y fetal. Durante el transcurso del tiempo la anestesia, los cuidados de asepsia y antisepsia durante el acto quirúrgico, utilización de los antibióticos, la morbimortalidad materno fetal ha disminuido. Sin embargo, hay que tener en cuenta las posibles complicaciones que se nos pueden presentar durante el acto obstétrico.

Clasificación:

Complicaciones anestésicas:

Dependen de los procedimientos anestésicos. Las complicaciones relacionadas con la anestesia han disminuido por la tendencia reciente al mayor uso de analgesia regional que de anestesia general. En la actualidad, la principal técnica para el alivio del dolor en el trabajo de parto, la más eficaz e inocua, es la anestesia epidural, existiendo con ella complicaciones maternas y fetales mínimas; no obstante, pueden aparecer hipotensión, cefalea postpunción dural, bloqueo incompleto, inyección intravascular, hematoma y absceso epidural, meningitis química, anestesia espinal total, complicaciones neurológicas, pirexia materna. Cuando se emplea la analgesia subdural o bloqueo raquídeo los efectos secundarios son más frecuentes, entre ellos aumenta la incidencia de hipotensión, de cefaleas postpunción. Menos frecuentes son cuadros graves como el síndrome de aspiración pulmonar del contenido gástrico (Síndrome de Mendelson).

- **Hipotensión**

Es una complicación frecuente de la anestesia epidural y del bloqueo raquídeo, debida a la vasodilatación producida por el bloqueo simpático y a la obstrucción del retorno venoso por compresión de la vena cava y grandes venas adyacentes

- **Cefalea tras punción dural**

Es una complicación que ocurre al puncionar la duramadre en el curso de una anestesia intradural o epidural. La pérdida de líquido cefalorraquídeo produce vasodilatación intracerebral, que a su vez produce cefalea. A veces se acompaña de síntomas audiovisuales y vegetativos.

Complicaciones quirúrgicas:

El riesgo de que se produzcan este tipo de complicaciones oscila entre un 1 y un 2 %. Son más frecuentes en las cesáreas urgentes, y el riesgo aumenta con la presencia de 1 o más cesáreas previas.

Complicaciones hemorrágicas intraoperatorias

Se deben a procedimientos quirúrgicos (desgarro de la histerotomía, lesión vascular).

Lesiones de tracto urinario

La lesión vesical (0'3%) es más frecuente en cesáreas repetidas y durante una cesárea-histerectomía. Las lesiones ureterales son menos frecuentes (0'09%) y se suelen producir al reparar la prolongación de la histerotomía.

Lesiones intestinales

Se suelen asociar a la existencia de laparotomía previa. Las lesiones a nivel del intestino delgado son fáciles de reparar; más complicada es la reparación a nivel del colon.

Lesiones nerviosas

Las lesiones de nervios o compresión de los mismos por el instrumental son poco frecuentes durante la cesárea.

Complicaciones hemorrágicas postparto:

Además de los factores de riesgo y las causas que contribuyen a la hemorragia postparto (HPP), la cesárea en sí supone una mayor pérdida hemática que un parto vía vaginal. La definición de HPP no está consensuada. Aunque parece que se suele definir como aquel sangrado vaginal mayor de 500cc tras un parto vía vaginal o mayor de 1000cc tras una cesárea o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica en la parturienta. La HPP complica el 5-15% de todos los partos y es la causa aislada más importante de mortalidad materna. Por su tiempo de aparición distinguimos entre: HPP precoz: (Suponen la mitad de los casos de HPP) Acontece en las primeras 24 horas postparto. Son las más agudas y graves y las que citaremos. HPP tardía: Acontece después de las primeras 24 horas postparto. Factores de riesgo:

Se encuentran en 1/3 de las HPP por lo que es importante identificarlos y tenerlos en cuenta en el manejo del parto. Responden a la regla nemotécnica de

“LAS 4 TS”:

I. TONO.

La atonía uterina aparece ante:

- Útero sobre distendido (polihidramnios, gestación múltiple, macrosomía).
- Cansancio del músculo uterino (parto rápido o prolongado, alta paridad).
- Infección intraamniótica (rotura prematura de membranas prolongada).
- Alteración anatómica o funcional del útero (miomas, placenta previa).

II. TEJIDO

- Retención de restos placentarios.
- Retención de coágulos (útero atónico)

III. TRAUMA.

- Desgarro en canal blando del parto (parto precipitado, parto operatorio).
- Desgarro en cesárea (malposición fetal, gran encajamiento).
- Rotura uterina (cirugía previa).
- Inversión uterina (gran paridad, placenta fúndica)

IV. TROMBINA. Alteraciones de la coagulación:

- Previas a la gestación: Hemofilia A, enfermedad de Von Willebrand
- Adquiridas durante la gestación: plaquetopenia, púrpura trombocitopénica idiopática, coagulación intravascular diseminada (la favorecen la preeclampsia, la muerte intraútero, infecciones severas, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, la embolia de líquido amniótico).
- Anticoagulación terapéutica.

La atonía uterina es la causa más frecuente de HPP, está implicada en más de la mitad de los casos y es responsable del 4% de las muertes maternas. La placenta adherente (acretismo placentario) es poco frecuente pero su incidencia aumenta en las mujeres con placenta previa y útero con una o más cicatrices. Supone la causa más frecuente de histerectomía por HPP.

Complicaciones tromboembolias durante el embarazo puerperio:

La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP). Son poco frecuentes, entorno al 0'52%, pero continúan siendo desde hace años la causa directa más frecuente de mortalidad materna en muchos países, debido probablemente a fallos en la identificación de los factores de riesgo trombótico, en establecer una profilaxis adecuada y un tratamiento correcto ante la sospecha clínica de ETE.

Formas clínicas:

Trombosis venosa profunda (TVP)

- Es la complicación tromboembolia más frecuente.
- En la forma clínica típica las pacientes presentan en la extremidad afectada dolor, sensibilidad, edema, cordón venoso palpable, cambios en la coloración y en el diámetro, signo de Homans (dolor en la pantorrilla con la dorsiflexión plantar pasiva del pie). Puede haber febrícula y leucocitosis.

Tromboembolismo pulmonar (TEP)

- El signo más común es la taquicardia y los síntomas más comunes son la disnea y la ansiedad. Otra sintomatología incluye: taquipnea, dolor pleurítico, fiebre, roce pleural, sudoración, cianosis, hemoptisis

complicaciones infecciosas:

Son las más frecuentes (90% de todas las complicaciones asociadas a las cesáreas), y la principal causa de morbilidad materna asociada a una cesárea.

Entre ellas la más frecuente es la endometritis, seguida de las infecciones urinarias y la infección de la herida quirúrgica. Otras más graves, pero afortunadamente menos frecuentes son bacteriemias, sepsis, peritonitis, abscesos pélvicos, fascitis necrotizante, tromboflebitis séptica, peritonitis por cérvix caseoso. La fuente principal de microorganismos que ocasionan las infecciones post-cesárea es el tracto genital, sobre todo si no hay integridad de membranas. Suelen ser infecciones polimicrobianas y los microorganismos más frecuentemente aislados son E.Coli, Estreptococo del grupo B, Enterococo Faecalis, Estafilococo Aureus (relacionado con la infección de la herida quirúrgica), Gardnerella vaginalis, Micoplasmas, anaerobios.

Endometritis

Complicación infecciosa más frecuente tras la cesárea. Su frecuencia oscila entre un 15 y un 20% si no se usa profilaxis antibiótica; en presencia de ésta la frecuencia se reduce a un 5%. Su incidencia es mayor tras la cesárea.

Etiología: La infección del endometrio tiene un origen polimicrobiano procedente de vagina o cérvix. Los agentes más frecuentemente aislados son: Estreptococo del grupo B, Estreptococos anaerobios, Escherichia Coli y especies de Bacteroides.

Tromboflebitis pélvica séptica

Es una complicación puerperal rara pero grave, apareciendo más frecuentemente tras una endometritis post-cesárea (1-2%)

*Etiología:

- Estado trombogénico del embarazo.
- Microorganismos que encontramos en las endometritis.

Infecciones del tracto urinario

- Frecuencia de 2-16%.

Factores de riesgo: Se relaciona con la cateterización uretral y el sondaje vesical continuo durante la cesárea y las primeras horas del postoperatorio.

También guarda relación con los cambios fisiológicos que se producen durante la gestación (hidronefrosis fisiológica con aumento de orina en la pelvis renal) que normalmente desaparecen a las 2 semanas del parto.

Existencia de bacteriuria asintomática durante el embarazo, partos operatorios, anestesia epidural.

Infección de la herida quirúrgica

Tiene una frecuencia del 6% de todos los partos acabados por cesárea. La frecuencia se reduce a un 2 % si aplicamos profilaxis antibiótica perioperatoria.

*Etiología:

La infección de la pared abdominal tiene su origen en la contaminación de la flora cutánea o en la diseminación de gérmenes contenidos en la cavidad amniótica en el momento de la cesárea. Los microorganismos más frecuentemente aislados son Estafilococo Aureus y Estreptococo de grupo A; menos frecuentes son los bacilos anaerobios que pueden causar celulitis de pared (la mionecrosis por Clostridium es una grave complicación que compromete la vida de la paciente por hemólisis, fallo renal y paro cardiaco).

2.4.6 Mortalidad

Mortalidad materna post-cesárea

En ocasiones es difícil evaluar si la muerte materna tras la cesárea se debe a la intervención o a la causa que motivó la misma, sobre todo si la causa fue una enfermedad materna que impedía el parto vía vaginal (DM complicada, Preeclampsia, alteración cardíaca o renal) Actualmente, gracias a los progresos en las técnicas anestésicas, a la disponibilidad de una profilaxis antibiótica eficaz y a las técnicas para reposición de volemia, las complicaciones que conllevaban con mayor frecuencia a la mortalidad materna (complicaciones anestésicas, infecciones y hemorragias) son mucho menos frecuentes. pueden causar celulitis de pared (la mionecrosis por Clostridium es una grave complicación que compromete la vida de la paciente por hemólisis, fallo renal y paro cardiaco).

Mortalidad materna post-cesárea

En ocasiones es difícil evaluar si la muerte materna tras la cesárea se debe a la intervención o a la causa que motivó la misma, sobre todo si la causa fue una enfermedad materna que impedía el parto vía vaginal (DM complicada, Preeclampsia, alteración cardíaca o renal) Actualmente, gracias a los progresos en las técnicas anestésicas, a la disponibilidad de una profilaxis antibiótica eficaz y a las técnicas para reposición de volemia, las complicaciones que conllevaban con mayor frecuencia a la mortalidad materna (complicaciones anestésicas, infecciones y hemorragias) son mucho menos frecuentes. Sí es cierto que la mortalidad materna es mayor en el parto por cesárea que en el parto vía vaginal, incluso de 5 a 7 veces superior.

III DISEÑO METODOLOGICO

3.1 Diseño Metodológico

El presente estudio se llevó a cabo mediante un diseño de estudio cuali-cuantitativo retrospectivo porque se recaban datos de eventos sucedidos.

3.2 Ubicación: El siguiente estudio se realiza en el “Hospital General Adolfo Prieto”, que se encuentra localizado en la ciudad de Taxco de Alarcón, Guerrero. Domicilio: Calle segunda del Chorrillo No. 94, Barrio del Chorrillo. Código postal: 40220. **Localización:** Latitud, Longitud 18.56584067,-99.60483565. **Tiempo:** El tiempo para la recolección de datos fue del mes de agosto del 2018.a julio de 2019 En tiempo prospectivo.

3.3 Universo de estudio: La población a estudiar estuvo conformada por no₁ pacientes, mujeres embarazadas que acudieron a la atención médica realizándose la operación cesárea en el Hospital General Adolfo Prieto. de agosto de 2018 a julio de 2019.

3.4. Criterios de selección

Criterios de inclusión

- No. De pacientes embarazadas ingresadas para realización de operación cesárea en el hospital general Adolfo prieto.

-

Criterios de exclusión

- No de pacientes embarazadas ingresadas a toco cirugía para labor de parto

3.5 variables

Variable dependiente: tipo de atención del parto (vaginal o cesárea).

Variables independientes: Criterios de eliminación: Para seleccionar los procedimientos de análisis más adecuados se evaluó la normalidad de los datos mediante una prueba de bondad del ajuste de Kolgomorov– Smirnov. Los resultados indicaron que era posible utilizar pruebas paramétricas para evaluar las correlaciones entre las diferentes variables en todos los casos, excepto en las relaciones donde intervenían el porcentaje de analfabetismo de las mujeres y el número de especialistas en ginecología y obstetricia. Por este motivo, las correlaciones se evaluaron utilizando tanto la prueba paramétrica de Pearson como la prueba por rangos de Spearman. Se realizaron además análisis de regresión lineal en aquellos casos en los cuales la evaluación de las variables permitió concluir que este tipo de prueba era adecuada. En los casos en los que se consideró pertinente se obtuvieron los coeficientes de regresión respectivos y el valor de R^2 , que expresa el grado de ajuste de la recta y el poder predictivo de la variable independiente sobre la variable de resultado. Tanto para los coeficientes de correlación como para las rectas de regresión, se consideró significativo un valor p menor a 0.05. Para las variables que mostraron asociaciones significativas se utilizó un modelo de regresión múltiple, por el método paso a paso. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa informático SPSS 22

TABLAS DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	ALCANCE OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	ITEM
MOTIVO CESÁREA	Cualitativa ordinal	Motivo quirúrgico por el cual se resuelven complicaciones del embarazo en la mujer.	Motivo por el cual se indica una cesárea de acuerdo a la complicación de la mujer y el feto.	Indicación del motivo de cesárea	De acuerdo al criterio medico	P 1
EDAD	Cuantitativa Discreta	Tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos que refiere la participante.	Años Cumplidos	Edad en años Cumplidos R=	P 2
COMPLICACIONES	Cuantitativa Discreta	Histerectomía Hemorragia Lesiones intestinales Cefalea tras punción dural.		Indicación del motivo	De acuerdo al criterio medico	P 3
No DE GESTAS	Cuantitativa Discreta	Período que transcurre entre la fecundación de las trompas y el momento antes de inicio del parto			De acuerdo al criterio medico	P 4

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio:

Se trata de un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo de enero 2018 a enero 2019.

Tipos de diseño de estudio

El estudio se realizó en el Hospital General Adolfo Prieto ubicado en la calle de Chorrillo # 94, Col. Ex hacienda del Chorrillo en la ciudad de Taxco de Alarcón Guerrero, consistió en la visita y revisión del : Departamento del Sistema de Información (SISPA), el cual es el organismo de la institución encargada de la estadística de la misma en donde por medio de la hoja de recopilación de datos (anexo 1) se obtuvo la incidencia así como la muestra de nuestro estudio, concluyendo esto pasamos a la revisión de expedientes clínicos en la cual se utilizó la hoja de recopilación de datos (anexo 2) para obtener la información que se necesitó para la investigación en la hoja de Autorización ,Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica.

Una vez recolectados la totalidad de datos, se procedió a ser analizados con estadística descriptiva (medidas de tendencia central y porcentajes), y así poder realizar las gráficas de barra y de pastel presentando los resultados por medio del programa estadístico IBM SPSS versión 22

Criterios de inclusión:

Expedientes de las pacientes a las que se les haya realizado la operación cesárea en el periodo comprendido de enero 2018 a enero 2019.

Expedientes en los cuales se mencione la indicación para la realización de la operación cesárea

Expedientes que contengan la información que necesitemos para la realización del estudio.

Criterios de exclusión: Registro de mujeres atendidas por cesárea en el periodo de enero a julio de 2019 en el Hospital General Adolfo Prieto.

Criterios de eliminación: Registro de mujeres que no tengan el 60% de registro de datos de parto por cesárea en el periodo de enero a julio de 2019 en el Hospital General Adolfo Prieto.

Método:

El método que se utilizara para el análisis de la información será de tipo cuantitativo, descriptivo y observacional ya que se analizaran los datos de registros en la libreta de toco cirugía de los meses de enero a Julio de 2019 para poder así determinar el número de cesáreas atendidas en el hospital General Adolfo Prieto por parte de los integrantes del equipo previo consentimiento informado firmado por el director de la unidad Hospitalaria. El análisis estadístico se realizará mediante el software de paquete estadísticos SPSS V.23 y la graficación de los resultados se realizará mediante el programa de Excel, donde se estimarán las medidas de frecuencia y serán representadas en tablas, gráficos de barras.

Tipos de variables:

Variable dependiente: (cesáreas)

Variable independiente: (no de gestas, motivo de cesárea)

Ética del Estudio

Para este trabajo se consideraron los aspectos éticos del Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación (1987), de acuerdo al Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 3, en el que se establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá de prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, la protección a sus derechos y bienestar. De acuerdo con la fracción V, se obtendrá el consentimiento informado por escrito del director de la institución y de las y los enfermeros de dicha institución que participan en esta investigación. Principios éticos para las investigaciones de salud en seres humanos. Toda investigación en seres humanos deberá realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por la persona, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda que estos principios – que en teoría tienen igual fuerza moral - guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las constancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicarse de manera diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos.

El respeto por las personas incluye, por lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales. Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación. Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe de proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño).

La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en la investigación. Diferencias en la distribución de cargas y beneficios que se justifican solo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad. El término “vulnerabilidad” alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables.

La justicia requiere también que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables. Las personas seleccionadas deberán ser lo menos vulnerables posible para cumplir con los propósitos de la investigación. El riesgo para los sujetos vulnerables está más justificado cuando surge de intervenciones o procedimientos que les ofrece una esperanza de un beneficio directamente relacionado con su salud. Cuando no se cuenta con dicha esperanza, el riesgo debe justificarse por el beneficio anticipado para la población de la cual el sujeto específico de la investigación es representativo.

IV RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados obtenidos de las bitácoras del servicio de tóco cirugía para determinar la Prevalencia De Operación Cesáreas En El Hospital General Adolfo Prieto En agosto 2018 A Julio De 2019

Cuadro N° 4.1 Edad de las pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	14-17 años	138	9%	9%	9%
	18-21 años	238	16%	16%	25%
	22-25 años	534	35%	35%	60%
	26-29 años	268	18%	18%	78%
	30-34 años	194	13%	13%	91%
	35-38 Años	96	6%	6%	97%
	39-42 Años	42	3%	3%	100%
	Total	1510	100	100	100

Fuente: Prevalencia De Operación Cesáreas En El Hospital General Adolfo Prieto En Agosto 2018 A Julio De 2019

De los resultados obtenidos se muestra la incidencia de edades de las pacientes con cesárea, de un rango de 22 a 25 años con un 35% mientras el rango de edades 26 a 29 años con un 18%.

Cuadro 4.2 Prevalencia de partos vs cesárea en el periodo agosto 2018 a julio 2019

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Partos	620	41%	41%	41%
Valido Cesárea	890	59%	59%	100%
total	1510	100	100	100

Fuente: Prevalencia De Operación Cesáreas En El Hospital General Adolfo Prieto En Agosto 2018 A Julio De 2019.

En la siguiente grafica se muestra una prevalencia de cesáreas con un 59% mientras el parto tuvo un 41% en los meses de agosto a julio 2019.

Cuadro 4.3 Cesáreas de Riesgo por edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Menor 18 años	179	12%	12%	12%
Valido Mayor 35 años	138	9%	9%	21%
Otra edad	1193	79%	79%	100%
total	1510	100	100	100

Fuente: Prevalencia De Operación Cesáreas En El Hospital General Adolfo Prieto En Agosto 2018 A Julio De 2019.

Con un total de 890 cesáreas realizadas en el periodo de agosto a julio 2019 se encontró que el 12% son menores de 18 años, mientras que 9% son mayores de 35 años, lo que incrementa la incidencia de cesárea y la morbilidad materna.

Cuadro N° 4.4 Cesáreas por mes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Agosto	60	8%	8%	8%
Valido Septiembre	52	6%	6%	14%
Octubre	70	8%	8%	22%
Noviembre	96	11%	11%	33%
Diciembre	80	9%	9%	42%
Enero	69	7%	7%	49%
Febrero	66	7%	7%	56%
Marzo	76	8%	8%	64%
Abril	72	8%	8%	72%
Mayo	82	9%	9%	81%
Junio	80	9%	9%	90%
Julio	87	10%	10%	100%
total	890	100	1000	100

Fuente: PREVALENCIA DE OPERACIÓN CESAREAS EN EL HOSPITAL GENERAL Adolfo Prieto
En Agosto 2018 A Julio De 2019.

En esta grafica se muestra que el mes de noviembre se obtuvo una mayor incidencia de cesáreas realizadas con un 11%, seguido de julio con un 10% de cesáreas, mientras el mes de septiembre fue el mes en el cual se encontró una menor incidencia de cesáreas con un 6%.

Cuadro N° 4.5 incidencia de indicación de cesárea

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
TDPA	139	16%	16%	16%
Valido				
Taquicardia fetal	63	7%	7%	23%
Sufrimiento fetal	28	3%	3%	26%
RPM	63	7%	7%	33%
Retención de crecimiento	18	2%	2%	35%
Preeclampsia	42	5%	5%	40%
Hipertensión Gestacional	93	10%	10%	50%
Desproporción cefalopelvica	46	5%	5%	55%
Desprendimiento prematuro de placenta	58	7%	7%	62%
Circular cordón al cuello	18	2%	2%	64%
Cesárea previa	42	5%	5%	69%
Baja reserva fetal	18	3%	3%	72%
hidramnios	28	2%	2%	74%
Sin registro	168	19%	19%	93%
Cesárea iterativa	26	7%	7%	100%
total	890	100	1000	100

Fuente: Prevalencia De Operación Cesáreas En El Hospital General Adolfo Prieto En Agosto 2018 A Julio De 2019.

En la siguiente grafica se encontró una mayor incidencia sobre la indicación cesárea de Trabajo de parto activa (TDPA) con 16% mientras hipertensión gestacional obtuvo 10% y el menor porcentaje fue de circular de cordón al cuello con un 2%.

Cuadro N° 4.6 Numero de embarazo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
	1	655	43%	43%	43%
Valido	2	453	30%	30%	73%
	3	226	15%	15%	88%
	4	86	6%	6%	94%
	5	58	4%	4%	98%
	6	32	2%	2%	100%
	total	1510	100	100	100

Fuente: Prevalencia De Operación Cesáreas En El Hospital General Adolfo Prieto En Agosto 2018 A Julio De 2019.

Se encontró una indecencia un 43% en primigestas seguido de 30% con 2 gestas, y un 15% con 3 gestas.

Cuadro N° 4.7 Semanas de Gestación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Valido	19 SDG	4	0.2%	0.2%	0.2%
	29 SDG	8	1%	1%	1.2%
	30 SDG	6	0.3%	0.3%	1.5%
	31 SDG	6	0.3%	0.3%	1.8%
	32 SDG	9	0.7%	0.7%	2.5%
	33 SDG	88	6%	6%	8.5%
	34 SDG	96	6%	6%	14.5%
	35 SDG	184	12%	12%	26.5%
	36 SDG	197	13%	13%	39.5%
	37 SDG	256	17%	17%	56.5%
	38 SDG	204	13%	13%	69.5%
	39 ADG	196	13%	13%	82.5%
	40 SDG	134	9%	9%	91.5%
	41 SDG	74	5%	5%	96.5%
42 SDG	8	0.5%	0.5%	97%	
43 SDG	11	1%	1%	98%	
Sin dato	29	2%	2%	100%	
	total	1510	100	100	100

Fuente: Prevalencia De Operación Cesáreas En El Hospital General Adolfo Prieto En Agosto 2018
A Julio De 2019.

En la siguiente grafica se puede observar que de 890 cesáreas realizadas en los meses de agosto a julio 2019 se presenta una mayor prevalencia de 37% en mujeres con 37 SDG, con un 13% las que tiene 36,38,39 SDG.

Cuadro N° 4.8 Complicaciones

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Histerectomía	268	30%	30%	30%
Hemorragia	357	40%	40%	70%
Valido Lesiones intestinales	29	3%	3%	73%
Cefalea tras punción dural	173	19%	19%	92%
otra	63	8%	8%	100%
total	207	100	100	100

Fuente: Prevalencia De Operación Cesáreas En El Hospital General Adolfo Prieto En Agosto 2018 A Julio De 2019.

En esta grafica se muestra las complicaciones que se obtuvieron de agosto a julio 2019 donde hemorragia fue una de las complicaciones en las cesáreas con un 40% y con un 30% con histerectomía

V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

De acuerdo a los resultados obtenidos con forme al instrumento empleado en el Hospital General Adolfo Prieto, nos arrojó que el 59% de las pacientes atendidas se les realiza operación cesárea y solo el 41%, es atendida por parto lo cual nos indica que se está rebasando el porcentaje propuesto por el sistema de salud del país.

Un dato que nos llama la atención es que dentro de las indicaciones para la operación cesárea encontramos que el mayor porcentaje 19% está sin registro médico, teniendo como segundo lugar a TDPA. Con un 16%.

Otro dato que importante encontrado dentro de este estudio fue en la tabla NO. 4.4 la cual se refiere a que en el mes de noviembre se realizan el mayor número de cesáreas. Llama la atención que son primigestas con un 43%, a quien se les realiza con mayor frecuencia esta operación, también considerando que transcurrían entre 36-39 semanas de gestación.

La cesárea, al ser una intervención médica quirúrgica, implica un riesgo inherente a la intervención; en este caso pueden ser complicaciones derivadas del acto quirúrgico o efectos secundarios del acto anestésico, pero cuando la intervención está indicada estos riesgos se encuentran por debajo de los beneficios a realizar las cesárea, no siendo así cuando se realiza sin una indicación médica clara, en el cuadro 4,8 encontramos que el 40% fue por hemorragia, y el 30% termino con histerectomía, y 19% con cefaleas por punción dural.

Sin embargo, la OMS informa que una tasa ideal de cesárea no debe exceder de 10-15% sobre los partos atendidos.

Concluimos que no contamos con un sistema estandarizado, para poder evaluar, mejorar y optimizar la calidad de atención.

Sugerencias

- Fomentar la atención prenatal.
- Evaluar de manera individual a cada paciente para fomentar la atención por parto
- Involucrar más al personal profesional de enfermería en el área de control parental y toco cirugía para atender a la mujer gestante con calidad.
- Implementar prácticas en grupos de mujeres específicos y prospectivamente identificables, obteniendo un sistema de clasificación útil y clínicamente relevante para mejorar los resultados.
- Reforzar el currículo de formación de enfermeras ginecobstetras y enfermeras generales a favor del parto vaginal con una perspectiva de atención del parto humanizado

VI BBLIOGRAFÍA

- 1 ATS de las Funciones Públicas Sanitarias de Galicia.Temarioj Ebook (Pág. 176)
- 2 www.terra.es/personal/duenas/teorias5.htm <http://www.ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11%28II%29.pdf>
- 3 Martínez-Salazar GJ, Grimaldo-Valenzuela PM, Vázquez-Peña GG, Reyes-Segovia C, Torres-Luna G, Escudero-Lourdes GV. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(5):608-15.
http://www.revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/rt/printerFriendly/168/478
- 4 instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica para la realización de la operación cesárea. México: IMSS; 2009. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/048GER.pdf>
- 5 Villanueva-Egan LA. Operación cesárea: una perspectiva integral. Rev Fac Med UNAM [serie en internet] 2004;47(6). [Consultado el 17 de enero de 2012]. Disponible en <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-6/RFM47605.pdf>
- 6 Villanueva Eran Luis Alberto, Cesárea una perspectiva integral <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-6/RFM47605.pdf>
- 7 Vergara F, Abel F, Álvarez D. Consideraciones éticas sobre la cesárea, (2011).
- 8 Minkoff H, Powderly KR, Chervank F, Ethical dimensions of elective primary cesarean delivery, 2014
- 9 NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

10 NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013

11 <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/eyr/IMSS-048-08.pdf> ^{1,2,3,4}

12 Adair CD, Sánchez L. Gaudier FI. Kaunitz A.M. McDyer D.C., Briones D. Labor induction in patients with previous cesarean section. Am J. Perinatol. 12:450-454, 1995.

13 Alcalá, M.J., Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de Todos. Family Care Internacional, 1995

14. Cunningham, G.F., Mac Donald, C.P., Gant, F.N., Leveno, J.K., Gilstrap, C.L., Hankins, D.V. and Clark, C.S. Williams Obstetricia. 20ª. Edición. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires. 1998.

15. Dunn, L. J. Cesárea y otras operaciones obstétricas. En: Tratado de Ginecología y Obstetricia de Danforth. 6a edición. Editorial Interamericana. pp: 673-684, 1990

16 Procedimientos en Obstetricia. Publicaciones del Hospital General de México. 1994. pp 397-410.

17 Procedimientos en Obstetricia y Ginecología. Publicaciones del Instituto Nacional de Perinatología. 1998

18 Llanas, R.D., Lugo, L.N. y Valdéz, J.O. Operación cesárea en Tamaulipas: estudio multicéntrico. Arch. Invest. Tamps. I: 1-8

19 Uribarren, B.O. y Evangelista, S.C., Operación cesárea, frecuencia e indicaciones. Ginec. Obstet. Méx. 61:168- 170

- 20** Thubisi, M. M. Vaginal delivery after previous cesarean section: is X-ray pelvimetry necessary?. Br. J. Obstet. Gynecol. 100: 421-424
- 21** http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2012-2013/sesion20120523_1.pdf
- 22** Gádor M. Complicaciones de la Cesárea. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las nieves Granada.2009; 3-4.
- 23** <https://mibebeyyo.elmundo.es/parto/tipos-de-parto/cesarea-192>
- 24** Lidiane A, Lydia V, Barbosa M, Régia C, Gomes D, Fabiole L, et al .Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de Fortaleza.EG. 2013;29:105-115.
- 25** Barragán., N. A. (07 de DICIEMBRE de 2014). *BLOGSPOT*. Recuperado el 19 de JULIO de 2018, de BLOGSPOT: <http://modelomartharogers-eez.blogspot.com/2014/12/modelo-de-enfermeria-por-martha-e.html>
- 26** ROUSE , REVENO,BLOOM. (s.f.). *WILLIANS OBSTETRICIA EDICION 23*. MEXICO COLOMBIA GUATEMALA TORONTO : Mc Gracw-Hill .
- 27** Valdez, S. (12 de DICIEMBRE de 2013). *AMBITO EN ENFERMERIA*. Recuperado el 16 de JULIO de 2018, de AMBITO EN ENFERMERIA: <http://ambitoenfermeria.galeon.com/martha.html>
- 28** Uribarren, B.O. y Evangelista, S.C., Operación cesárea, frecuencia e indicaciones. Ginec. Obstet. Méx. 61:168- 170, 1993
- 29** Shor, P.V., Chávez, A.J., Castelazo, E., Rivero E. y Karchmer, S. Mortalidad materna asociada a la operación cesárea. Ginec. Obst. Méx. 50, 303: 189-195, 1982. 59
- 30** Thompson, J.R. and John, A. Cuidados preoperatorios. In: Operative Gynecology, Te Linde's. Libarmed Verlag S.A. Ed., Montevideo, 1992

- 31** Observatorio de Mortalidad Materna. México. [www. omm.org.mx](http://www.omm.org.mx)
- 32** Dabelea V, Schultze PM, McDuffie RS. Intrauterine ballon tamponade in the management of postpartum hemorrhage. *Am J Perinatol* 2007
- 33** Juárez A, Buitrón T. Histerectomía obstétrica por sepsis en el puerperio. *Clin Invest Gyna Obst.*2012; 39(2):53-56.
- 34** Soberón I, Hilda A, Hernández JA. Gestación Ectópica en útero malformado. *Rev Cubana Obstetricia y Ginecología.*2011; 37(4):599-606.
- 35** Zimermann A, Bernuit D, Gerlinger C. Prevalence Symptoms and management of uterine Fibroids an international internet based survey of 21746 women. *BMC women´s health.*2012; 6-12.
- 36** Martínez DA, González J, Barrios E, Guadalupe J, Fajardo S, Martínez D. Cesárea Misgav Ladach un análisis basado en evidencia. *Rev Médica MD.*2013; 255-256.
- 37** Código de Nuremberg Normas éticas sobre experimentación en seres humanos, recuperado de:
<http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL. Cod Nuremberg.pdf>
- 38** Infografía, lavado de manos, ¿Cómo lavarse las manos?, Recuperado de:
<http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/infografias/lavado-manos>
- 39** Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos, recuperado de:
<https://www.who.int/gpsc/information centre/gpsc 5 momentos poster es.pdf>
- 40** Instituto Nacional De Enfermedades Respiratorias, Plan De Calidad Y Seguridad Del Paciente, recuperado de:
<http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/calidad/sistemagestion/modeloCSG/QPS plan2017.pdf>



VII ANEXO “A” CONSENTIMIENTO INFORMADO
CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA INCORPORADO
A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

TAXCO DE ALARCÓN, GRO., A 16 FEBRERO DE 2019.

C.DR. FRANCISCO GUTIÉRREZ FITZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL
“ADOLFO PRIETO”
TAXCO DE ALARCÓN, GRO

La que suscribe ITZMARA NATHALI CASTAÑEDA ADAN, Pasante de enfermería asignada a esta institución en el periodo comprendido de Agosto de 2018 a Julio de 2019, con numero de checador:

Por este conducto me permito manifestar a usted que estoy interesada en elaborar una investigación con respecto al “ Índice de Césareas realizadas(motivos y causas) en el periodo comprendido de Agosto de 2018 a Julio de 2019, en el Hospital General Adolfo Prieto de la Cd. De Taxco de Alarcón, Gro.”,la cual servirá también para la elaboración de tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia ,siendo alumna del Centro Univirsitario de Iguala, INCORPORADO A LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MÉXICO, CLAVE: UNAM8963-12 ACUERDO CIRE 17-10 DE FECHA 22-06-2010

NOMBRE	NO.DE CUENTA	INGRESO
ITZMARA NATHALI CASTAÑEDA ADAN	415550619	2016-2018

Solicitando a ese de su digno cargo, tenga a bien autorizarme la investigación de tipo cuantitativo ;de esta forma, me comprometo a que el trabajo se realice con las características de calidad y decoro académico para ser sustentado en el examen profesional.

ATENTAMENTE

ITZMARA NATHALI CASTAÑEDA ADAN
PASANTE DE ENFERMERÍA ASIGNADA A ESTA INSTITUCIÓN
NO. CHECADOR

c.c.p. Interesada

c.c.p. L.E. MERCEDES GONZÁLEZ SOTELO; JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL GENERAL “ADOLFO PRIETO”

c.c.p. MTA. VIRGINIA HERNANDEZ GARCÍA; DIRECTOR TÉCNICO; LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO.



ANEXO B

Lista De Cotejo Para Identificar La Incidencias De Cesárea En El Hospital General Adolfo Prieto En El Periodo De Agosto 2018 A Julio 2019.

Instrucciones:

Se utilizará una lista de cotejo por cada expediente vía electrónica para llevar un control de los datos, complementando la información que se solicita y/o eligiendo una opción de respuesta. Escriba en el recuadro la respuesta de la opción que corresponda a la cuestión.

1	Edad	
2	Numero de gestas	
3	Numero de gestación	
4	Diagnostico	
5	Complicaciones	

ANEXO C

CÓDIGO DE NÚREMBERG

Tribunal Internacional de Núremberg, 1947

- 1) El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente.
- 2) El deber y la responsabilidad de determinar la calidad del consentimiento recaen en la persona que inicia, dirige, o implica a otro en el experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada con impunidad a otra persona.
- 3) El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad que no sean asequibles mediante otros métodos o medios de estudio, y no debe ser de naturaleza aleatoria o innecesaria.
- 4) Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*

El Código consta de reglas, algunas generales y otras específicas, que guían en su trabajo a los investigadores o a los revisores. Tales reglas son a menudo inadecuadas para cubrir situaciones complejas; a veces se contradicen y frecuentemente son difíciles de Interpretar o aplicar.

En esta formulación se identifican tres principios o juicios prescritos generales que son relevantes para la investigación con sujetos humanos. Otros principios pueden también ser relevantes.

Estos principios no siempre pueden ser aplicados de modo que se resuelvan, sin dejar dudas, problemas éticos particulares. El objetivo es brindar un marco de análisis que guíe la resolución de los problemas éticos, que surgen de la investigación con seres humanos.

Esta formulación consta de una distinción entre la investigación y la práctica, una discusión de los tres principios éticos básicos y notas sobre la aplicación de estos.

A. Límites entre práctica e investigación

La distinción entre investigación y práctica se desdibuja en parte porque a menudo ambas se dan juntas (como en la investigación diseñada para evaluar una terapia) y, también, porque con frecuencia se llama "experimental" a un alejamiento notable de la práctica estándar, sin haber definido cuidadosamente los términos "experimental" e "investigación".

La investigación se describe usualmente en forma de un protocolo que fija un objetivo y delinea una serie de procedimientos para alcanzarlo.

Cuando un clínico se aparta en forma significativa de la práctica estándar o aceptada, la innovación no constituye, en sí misma, investigación. El hecho de que un procedimiento es "experimental" en el sentido de nuevo, no probado o diferente no lo coloca automáticamente en la categoría de investigación. Los procedimientos

radicalmente nuevos deberán, sin embargo, ser objeto de investigación formal en una fase precoz de modo que se determine si son seguros y efectivos.

Es por tanto una responsabilidad de los comités de práctica médica, por ejemplo, insistir en que una innovación importante sea incorporada a un proyecto formal de investigación.

La investigación y la práctica pueden llevarse a cabo juntas cuando la primera está diseñada para evaluar la seguridad y eficacia de la segunda. Esto no debe causar confusión acerca de si la actividad requiere o no revisión; la regla general es que si hay algún elemento de investigación en una actividad ésta debe sufrir revisión para protección de los sujetos humanos.

B. Principios éticos básicos Esta expresión se refiere a aquellos juicios generales que sirven como justificación básica para las muchas prescripciones y evaluaciones éticas particulares de las acciones humanas.

Tres principios básicos, entre los generalmente aceptados en nuestra tradición cultural, son particularmente relevantes para la ética de la investigación con humanos; ellos son: respeto por las personas, beneficio y justicia.

1. Respeto por las personas.

Este respeto incorpora al menos dos convicciones éticas; primera: que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos; segunda: que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección. El principio del respeto por las personas se divide entonces en dos requerimientos Morales separados: el de reconocer la autonomía y el de proteger a quienes la tienen disminuida.

2. Beneficencia.

Las personas son tratadas éticamente no sólo respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar. Tal tratamiento cae bajo el principio de "beneficencia"; este término se entiende a menudo como indicativo de actos de bondad o caridad que sobrepasan lo que es estrictamente obligatorio. Se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de acciones de beneficencia en este sentido: 1) no hacer daño; 2) aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible.

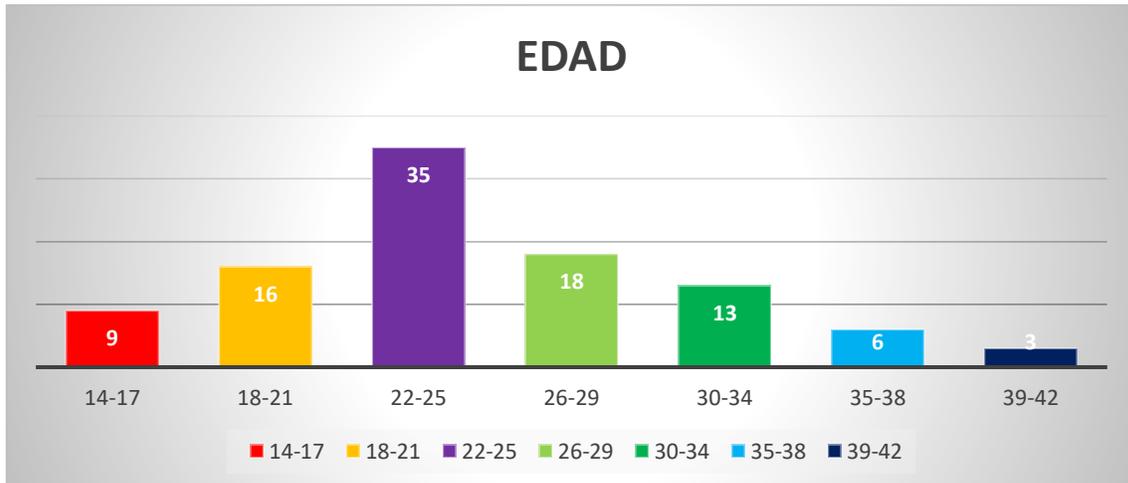
3. Justicia.

¿Quién debiera recibir los beneficios de la investigación y quién soportar sus cargas?; esta es una cuestión de justicia en el sentido de "equidad en la distribución" o "lo que se merece". Ocurre injusticia cuando se le niega a una persona algún beneficio al que tiene derecho sin que para ello haya una buena razón, o se le impone indebidamente alguna carga. Otra manera de concebir el principio de la justicia es que los iguales deben ser igualmente tratados. Sin embargo, este planteamiento requiere explicación. ¿Quién es igual y quién desigual?; ¿qué consideraciones justifican apartarse de la distribución igual?; casi todos los tratadistas conceden que las distinciones basadas en la experiencia, la edad, la carencia, la competencia, el mérito y la posición si constituyen algunas veces criterios que justifican el tratamiento diferencial para ciertos propósitos. Es entonces necesario explicar en qué aspectos la gente debe ser tratada igualmente. Hay varias formulaciones ampliamente aceptadas de formas justas para distribuir las cargas y los beneficios. Cada formulación menciona alguna propiedad relevante sobre cuya base se debieran distribuir las cargas y los beneficios

ANEXO D

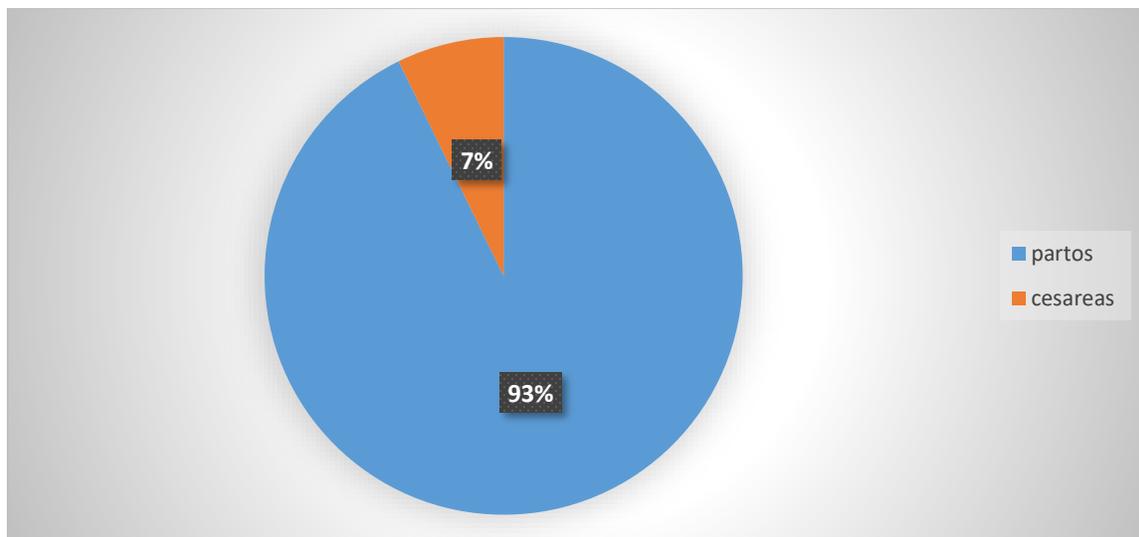
Anexo C de Graficas

Grafica N° 1 Edad de pacientes



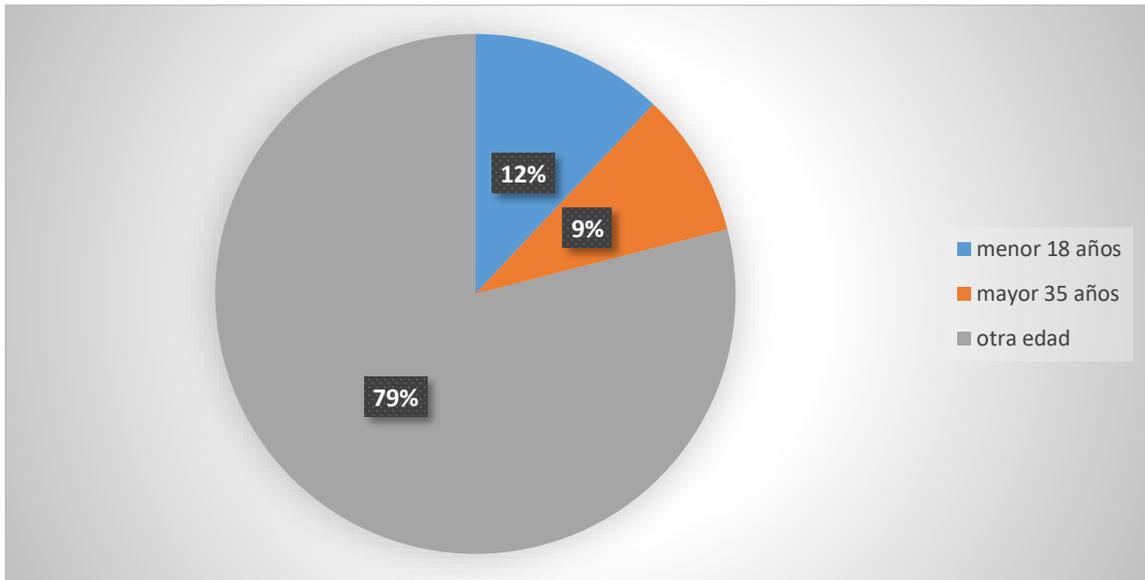
Fuente: Prevalencia De Operación Cesáreas En El Hospital General Adolfo Prieto En Agosto 2018 a julio 2019

Grafica N°2 Prevalencia de partos vs cesárea en el periodo agosto 2018 a julio 2019



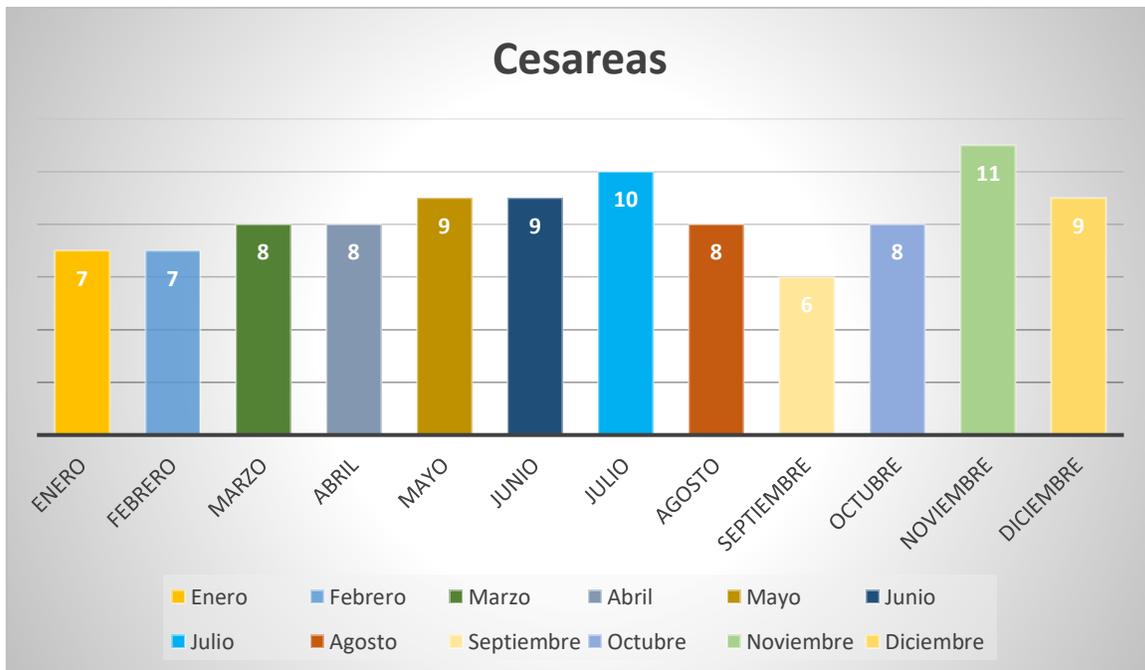
Fuente: Prevalencia De Operación Cesáreas En El Hospital General Adolfo Prieto En Agosto 2018 a julio 2019

Grafica N° 3 Cesáreas de riesgo por edad



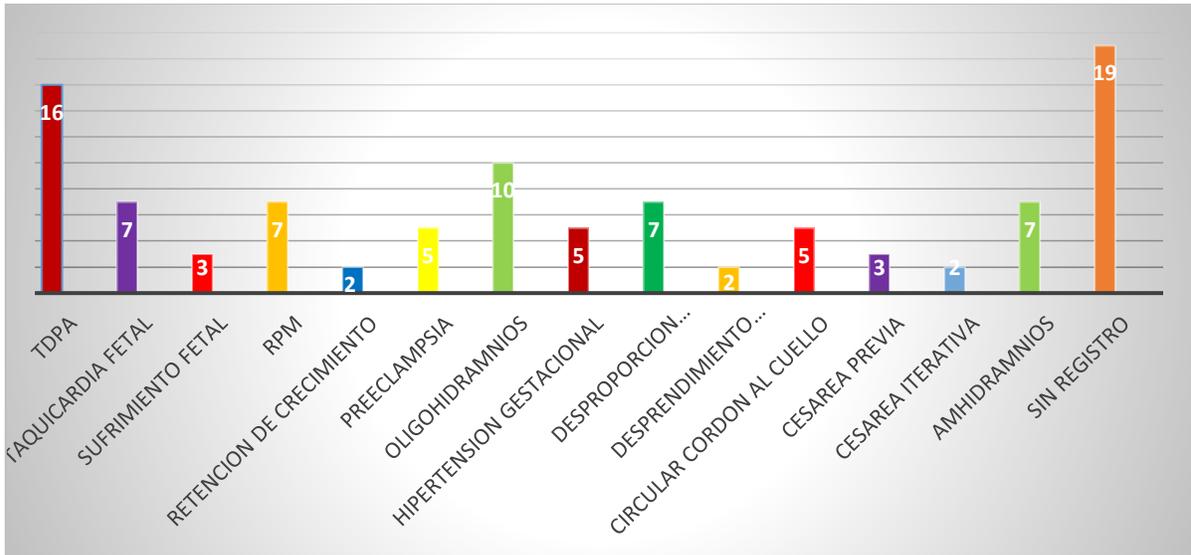
Fuente: Prevalencia De Operación Cesáreas En El Hospital General Adolfo Prieto En Agosto 2018 A Julio De 2019.

Grafica N°4 Cesáreas por mes



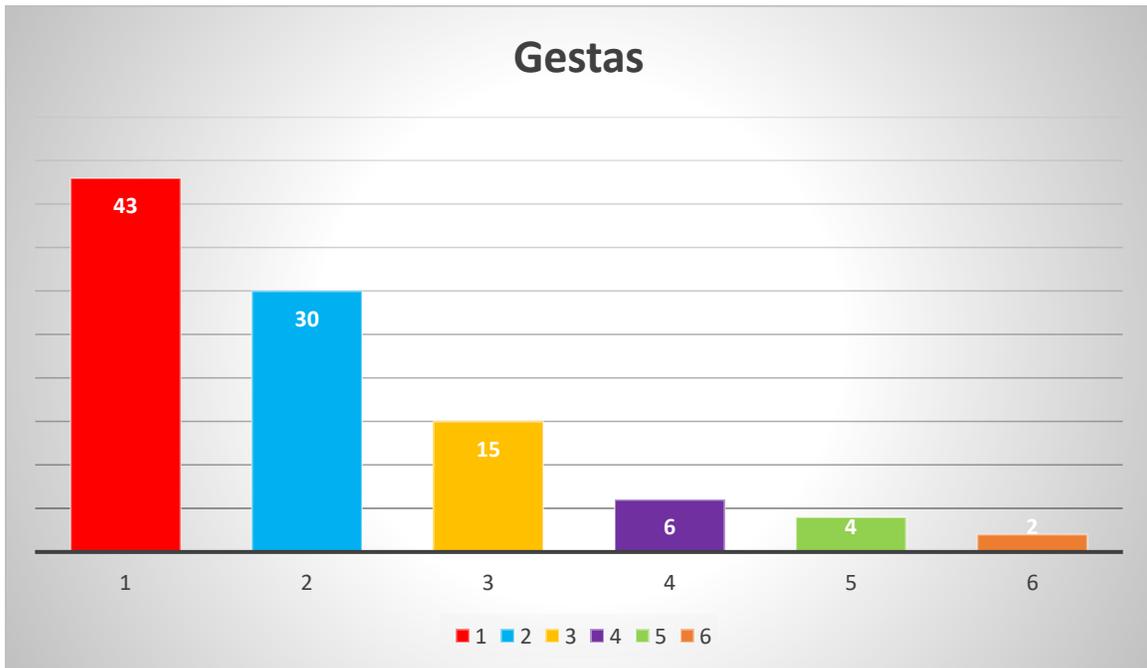
Fuente: Prevalencia De Operación Cesáreas En El Hospital General Adolfo Prieto En Agosto 2018 A Julio De 2019.

Grafica N° 5 incidencia de indicación de cesárea



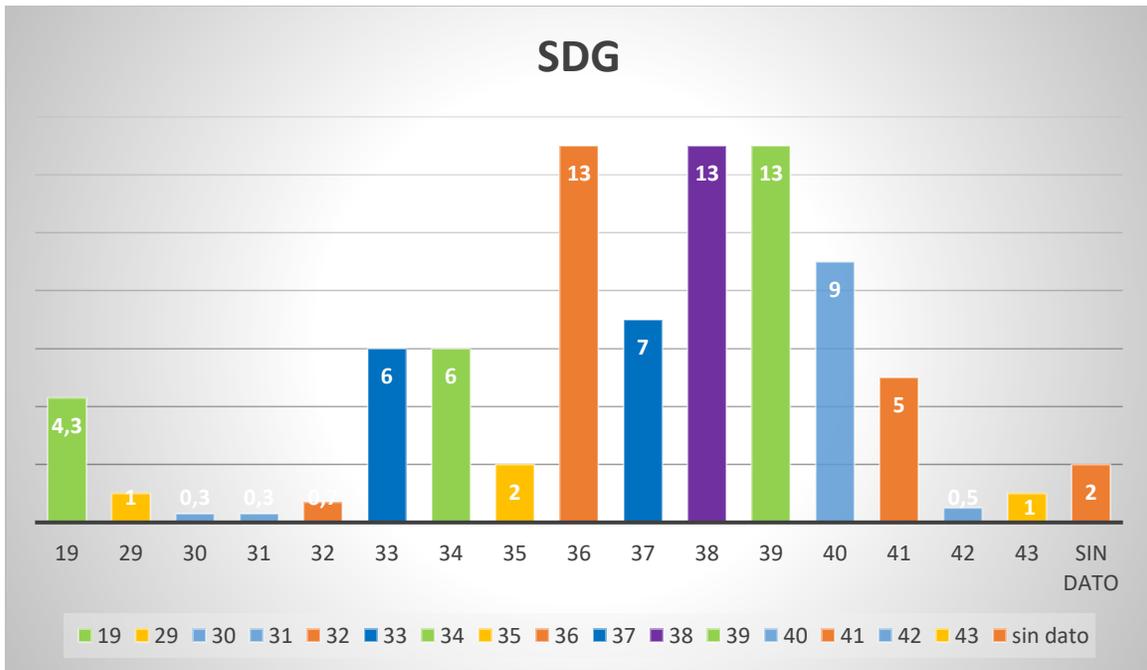
Fuente: Prevalencia De Operación Cesáreas En El Hospital General Adolfo Prieto En Agosto 2018 A Julio De 2019.

Grafica N° 6 número de embarazos



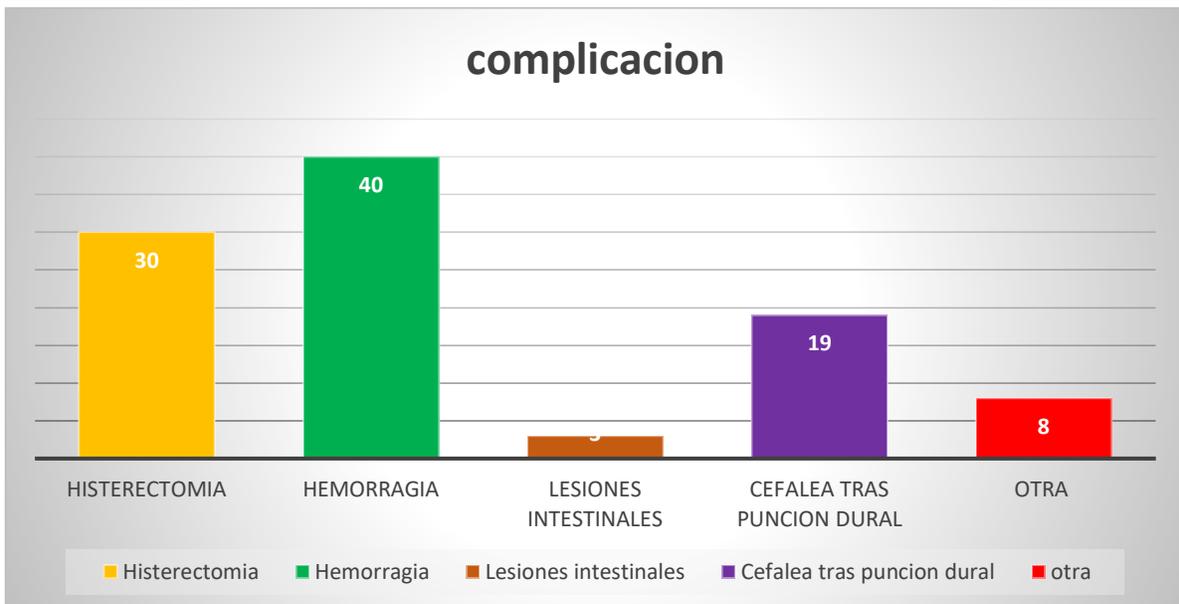
Fuente: Prevalencia De Operación Cesáreas En El Hospital General Adolfo Prieto En Agosto 2018 A Julio De 2019.

Grafica N°7 Semanas de Gestación



Fuente: Prevalencia De Operación Cesáreas En El Hospital General Adolfo Prieto En Agosto 2018 A Julio De 2019.

Grafica N°8 Complicaciones



Fuente: Prevalencia De Operación Cesáreas En El Hospital General Adolfo Prieto En Agosto 2018 A Julio De 2019.

ANEXO E

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
COORDINACIÓN ESTATAL DE CALIDAD

GUERRERO

ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

- 1 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**
Con al menos dos identificadores, nombre completo del paciente y su fecha de nacimiento (día, mes y año)

- 2 COMUNICACIÓN EFECTIVA**
Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y familiares
ESCUCHAR - ESCRIBIR - LEER - CONFIRMAR - TRANSCRIBIR - CONFIRMAR y VERIFICAR

- 3 SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN**
Fortalecer las acciones relacionadas con el almacenamiento, la prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos

- 4 SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS**
Evitar la presencia de eventos centinela derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano.

- 5 REDUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)**
Implementar un Programa Integral de Higiene de Manos

- 6 REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE POR CAUSA DE CAÍDAS**
Evaluar el riesgo de caídas para reducir la probabilidad de la ocurrencia de éstas

- 7 REGISTRO Y ANÁLISIS DE EVENTOS CENTINELA, EVENTOS ADVERSOS Y CUASI FALLAS**
Contar con un Sistema de Reporte y Análisis de los eventos relacionados con la Seguridad del Paciente

- 8 CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**
La organización genera información sobre seguridad del paciente, misma que es utilizada para tomar decisiones, aprender y mejorar


¿Cómo lavarse las manos?³⁸

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

0 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



0 Mójese las manos con agua;



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sirvase de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES

Clean Your Hands

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



1	ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
2	ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASEPTICA	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aseptica. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3	DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes). Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
4	DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente. Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
5	DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?	Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (¡incluso aunque no haya tocado al paciente!). Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.



**Organización
Mundial de la Salud**

Seguridad del Paciente
FOR ALL AND NEVER FOR ONE OF US

SAVE LIVES
Clean Your Hands



JALISCO
SALUD

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Compete al lector la responsabilidad de la interpretación y del uso del material. La organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar su utilización. La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG), en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la redacción de este material.