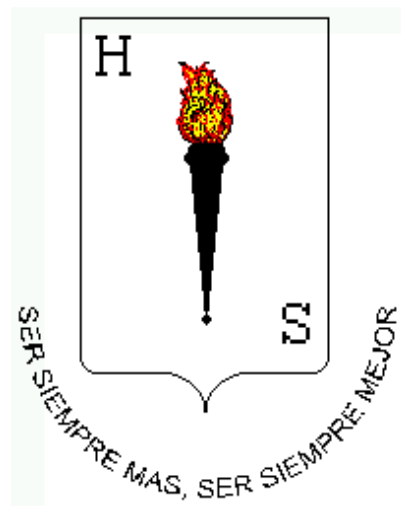


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE  
NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
CLAVE: 8722



TESIS

CESAREA ELECTIVA Y PARTO VAGINAL: NIVEL DE INFLUENCIA DE LA  
RELACIÓN ENFERMERA - USUARIA EN LA ELECCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

IVETT RIVERA PÉREZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Tanto que agradecer...

En primer lugar uno de mis más grandes agradecimientos son para Dios, el que siempre, en todo lugar y momento ha estado conmigo sin dejarme sola siquiera un instante, el que me ha dado la dicha de existir y de vivir, de tener una familia, amigos y todas las oportunidades que he tenido hasta este día de mi vida, a él elevo mi más grande agradecimiento, ya que por el soy lo que soy, él me ha dado la fuerza para salir adelante día a día.

A mis padres... ellos que son mi más grande fuerza y ejemplo en esta tierra, ellos que me dieron la oportunidad de llegar a esta vida, a ellos agradezco que en las buenas y en las malas me han dado su apoyo, ellos que son mi sustento, mi inspiración, mi alegría, mi freno cuando es necesario, mi refugio ya que en cada parte y momento de mi vida he sentido su amor incomparable y gracias a ellos y a su esfuerzo que ponen día a día para tener la mejor educación y una vida llena de amor he llegado hasta donde estoy en este momento.

A mis hermanos... a ellos agradezco en demasía su ejemplo, compañía, apoyo sin medida, ellos son mí alegría, mis cómplices, mis compañeros, ya que han dado todo lo que está a su alcance para apoyarme en mi trascendencia de vida.

En fin tanto que agradecer a todas aquellas personas que han estado a lo largo en el trayecto de mi vida, maestros, amigos y demás personas que han contribuido a mi crecimiento personal y profesional. GRACIAS.

CESÁREA ELECTIVA Y PARTO VAGINAL:  
NIVEL DE INFLUENCIA DE LA RELACIÓN  
ENFERMERA - USUARIA EN LA  
ELECCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

# ÍNDICE

RESUMEN ..... VI

INTRODUCCIÓN ..... VIII

## CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... 1

1.1 Descripción del problema. .... 2

1.2. Pregunta de investigación. .... 3

1.3. Objetivo. .... 3

1.4. Justificación. .... 3

1.5. Viabilidad. .... 4

## CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO ..... 5

2.1 MEDICINA ..... 6

2.2 OBSTETRICIA ..... 6

2.3 APARATO REPRODUCTOR FEMENINO ..... 6

2.3.1 FUNCIÓN DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO ..... 6

2.3.2 EL ÚTERO ..... 7

2.4 REPRODUCCIÓN ..... 8

|  |    |
|--|----|
| 2.5 EMBARAZO .....   | 8  |
| 2.6 PARTO .....  | 9  |
| 2.6.1 TIPOS DE PARTO .....   | 9  |
| 2.6.2 LAS TRES ETAPAS DEL PARTO .....                                  | 10 |
| 2.7 INDICACIONES DE LA CESÁREA .....                                   | 11 |
| 2.8 CESÁREA ELECTIVA .....   | 14 |
| 2.8.1 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CESAREA ELECTIVA .....              | 14 |
| 2.9 ESTADÍSTICAS DE CESÁREA EN RELACIÓN AL PARTO VAGINAL .....         | 15 |
| 2.10 ENFERMERÍA .....  | 17 |
| 2.10.1 TEORÍA DE ENFERMERÍA .....                                      | 18 |
| 2.10.2 RELACIÓN ENFERMERA PACIENTE .....                               | 22 |
| 2.10.3 CUIDADO .....   | 25 |
| 2.11 CONTROL PRENATAL .....  | 28 |
| 2.12 COMPETENCIA DE ATENCIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO ..... | 29 |
| 2.13 COMPETENCIA DE ATENCIÓN EN EL PUERPERIO .....                     | 32 |
| 2.14 HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD (HISTORIA) .....           | 34 |
| CAPÍTULO III   |    |
| ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN .....                                      | 36 |

## CAPITULO IV

|  |    |
|--|----|
| HIPÓTESIS .....  | 38 |
| 4.1 DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS .....                  | 39 |
| 4.2 DEFINICION DE LA VARIABLES DE LA HIPÓTESIS .....   | 39 |
| 4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....           | 39 |
| 4.4 CONSTRUCCION DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN ..... | 41 |

## CAPITULO V

|  |    |
|--|----|
| DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA..... | 45 |
|--|----|

## CAPITULO VI

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS ..... | 48 |
|---------------------------------------|----|

## CAPÍTULO VII

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES ..... | 64 |
|--------------------------------------|----|

|                    |    |
|--------------------|----|
| BIBLIOGRAFÍA ..... | 66 |
|--------------------|----|

## RESUMEN

En México un tema de gran controversia es el tema de si la cesárea se está practicando de manera inadecuada por encima de la práctica del parto vaginal y la influencia de la información que se brinda por parte del equipo de enfermería a la población sobre los puntos que deben ser tomados en cuenta para tomar una decisión en la elección de estos dos procedimientos.

En esta investigación se dan a conocer los conceptos principales de lo que es cada uno de estos dos procedimientos, y las indicaciones para que se realice cada uno de ellos.

El sujeto de investigación en este caso son 30 usuarias obstétricas que acuden al servicio de consulta externa en el HNSS para conocer el procedimiento de elección y el nivel de influencia e información brindada por parte del equipo de enfermería para una adecuada decisión.

Esta investigación se realizó con un enfoque cuantitativo, es correlacional, transversal y no experimental se redactaron objetivos, una pregunta de investigación que nos sirve como punto de partida, se procede a formular una posible respuesta en forma de hipótesis, para elaborar el marco teórico se necesitó de investigar los temas relacionados con la cesárea electiva y el parto vaginal (fisiológico) así como los temas en relación a estos dos procedimientos en el ámbito de la profesión de enfermería, en cuanto a la hipótesis se operacionalizó identificando dos variables la dependiente e independiente realizando una matriz de operacionalización que nos ayudó a ir de lo general a lo particular facilitando la construcción del cuestionario que es el instrumento de medición de la variación que hay referente a estos dos temas y el nivel de información prestada por el personal de enfermería, para generar una buena influencia en su toma de decisión para dichos procedimientos.



En el capítulo final se encuentran los resultados de dicha investigación. En el cual se concluye que la elección entre cesárea electiva y parto fisiológico está en un término igualitario, y que la información brindada por parte del equipo de enfermería es deficiente, no por falta de conocimientos, sino por la falta de interacción enfermera-usuaria.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe una gran controversia referente al tema de la cesárea, que se cree que en ocasiones es practicada sin siquiera ser necesaria y que está casi a la par de la práctica del parto vaginal (fisiológico), por lo que es necesario saber si la información proporcionada a estas usuarias por parte del personal de enfermería es útil y suficiente para optar por el procedimiento más conveniente en el HNSS.

En el capítulo primero se trata el planteamiento del problema en el que se señalan la pregunta de investigación, el objetivo de la misma, así como la justificación y la viabilidad que se presentó para la elaboración de la investigación.

En el capítulo segundo se recabo toda la información posible acerca de lo referente a la pregunta de investigación es decir, en lo que se refiere la práctica de la cesárea electiva y el parto fisiológico y el nivel de información proporcionada por el personal de enfermería.

Entre los temas de mayor importancia destaca la relación enfermera-usuaria y la práctica en los procedimientos: cesárea electiva y parto vaginal (fisiológico), para que estos se lleven a cabo en forma adecuada.

En el capítulo tercero, se trata el alcance y diseño de la investigación de cómo se realizó el estudio, con que enfoque, su alcance, tendencia y aplicación, el punto de partida se construyó una hipótesis donde se establecen sus variables y dimensiones y con base en éstas se construyeron los cuestionarios que sirven para la descripción de las características concluyentes del sujeto de investigación.

La medición y recolección del fenómeno se hizo en una sola aplicación en un momento determinado del tiempo.

En el capítulo cuarto se planteó la hipótesis, se definieron las variables de la misma y se realizó la operacionalización para la elaboración del cuestionario, la hipótesis hace referencia a la influencia e información brindada por parte del personal de enfermería a las usuarias obstétricas para tomar una decisión acertada entre la cesárea electiva y el parto vaginal (fisiológico).

En el quinto capítulo se aborda el diseño de la investigación y tamaño de la muestra, que se refiere al número de personas y características de las personas que se les aplicará el cuestionario, así como de los lineamientos cumplidos para la elaboración de dicho cuestionario.

En el capítulo sexto se hace la recolección de los datos y el análisis de los mismos mediante la utilización de graficas que nos muestran los porcentajes de respuestas que fueron proporcionadas por la población encuestada.

En el capítulo séptimo se realiza la conclusión y las recomendaciones sobre las acciones que debe llevar a cabo el profesional de enfermería para lograr así contribuir de manera acertada en la aportación de conocimientos necesarios, para que las usuarias obstétricas sepan cual y cuando se debe realizar dicho procedimiento y así tomen una decisión acertada.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1 Descripción del problema.

En general el objetivo de esta investigación es saber si la cesárea es un procedimiento que se realiza en abuso y sin necesidad, pasando por encima de la práctica del parto vaginal, para dar pie a proporcionar una buena orientación por parte del personal de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS) a las usuarias obstétricas que acuden a esta institución.

El sujeto de investigación serán 30 usuarias obstétricas del HNSS durante el segundo semestre del año 2011 al primer trimestre del año 2012, de nivel socioeconómico medio de acuerdo a las características de los usuarios que acuden al HNSS.

Los antecedentes de la investigación en México como en otros países, se ha visto un incremento importante en los nacimientos por cesárea, siendo esta última una importante causa de morbilidad materna. En Estados Unidos de América, la cesárea constituye el procedimiento quirúrgico más efectuado, al grado que por cada cuatro nacimientos, uno es por cesárea. En un estudio publicado en agosto de 1996 se reporta un incremento alarmante de la tasa de cesáreas, de 5.5% en 1970, a 22.8% en 1988.

Se pretende realizar este trabajo de investigación, debido a que la práctica de la cesárea electiva se está llevando a cabo de una manera inadecuada, debido a la falta de una orientación completa y adecuada hacia las usuarias obstétricas, ya que muchas de las ocasiones se practica sin siquiera ser requerida, esto lleva a un abuso en el uso de este procedimiento dejando a un lado el parto vaginal.

## 1.2. Pregunta de investigación.

¿Cuál es el nivel de influencia de la relación enfermera-usuaria en la elección del procedimiento de preferencia para las usuarias obstétricas del HNSS entre la cesárea electiva y el parto vaginal durante el segundo semestre del año 2011 al primer trimestre del año 2012?

## 1.3. Objetivo.

Conocer el nivel de influencia de la relación enfermera-usuaria en la elección del procedimiento de preferencia para las usuarias obstétricas del HNSS entre la cesárea electiva y el parto vaginal durante el segundo semestre del año 2011 al primer trimestre del año 2012

## 1.4. Justificación.

La presente investigación pretende informar a las usuarias obstétricas del HNSS, sobre la cesárea electiva y el parto vaginal, y cuáles son las principales acciones de enfermería en este ámbito.

Se pretende dar pie a la buena orientación por parte de los profesionales de enfermería que se relacionan con las usuarias obstétricas del HNSS para disminuir el abuso de la cesárea electiva en relación al parto vaginal, mejorando la calidad en la atención a las usuarias antes mencionadas.

En la investigación se dará a conocer el procedimiento de preferencia y sus respectivos cuidados de enfermería, para que el personal de esta disciplina pueda influir de manera acertada en la decisión de las usuarias obstétricas del HNSS.

### 1.5. Viabilidad.

Para llevar a cabo la siguiente investigación, se necesitará contar con la colaboración de 30 usuarias obstétricas que acudan al HNSS durante el segundo semestre del año 2011 al primer trimestre del año 2012, en base al número de la asistencia de este tipo de usuarias, se valora que la obtención de la muestra es posible.

Para la obtención de resultados se utilizará un cuestionario desarrollado a partir de la construcción de una hipótesis y su operacionalización, de acuerdo a la información del marco teórico, por lo anterior se deduce que se cuenta con el material y tiempo necesarios para llevar a cabo la investigación.

CAPÍTULO II  
MARCO TEÓRICO



## 2.1 MEDICINA: (Diccionario de medicina océano mosby, 2009)

Arte y ciencia del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades y del mantenimiento de la salud.

## 2.2 OBSTETRICIA: (Cabero Roura, 2007)

La obstetricia está basada en las ciencias biológicas, sociales y humanísticas; promueve, previene y diagnostica, trata y rehabilita toda la patología comprendida en los periodos preconcepcional, embarazo y puerperio. La obstetricia realiza procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos dirigidos a garantizar el bienestar específico de la madre y su criatura y también el bienestar de salud general de la madre. Se interrelaciona con todos los aparatos y sistemas de la mujer. La obstetricia está basada en el método científico, y comprende además de formas asistenciales, docentes, académicas y de investigación dentro de las normas legales vigentes.

## 2.3 APARATO REPRODUCTOR FEMENINO: (Muños, 1997)

El aparato reproductor femenino está formado por los ovarios, los oviductos o trompas de Falopio, el útero, la vagina y los genitales externos.

### 2.3.1 FUNCIÓN DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO: (Lopez Muños, 2006)

El aparato reproductor femenino participa de manera principal, en la reproducción: para ello produce óvulos, mediante un proceso denominado ovogénesis: facilita el transporte de células, así como de los espermatozoides favoreciendo la fertilización; proporciona los medios necesarios para el desarrollo del embrión; una vez llegado a término el embarazo posee los medios adecuados para la expulsión del feto y, finalmente, lo nutre tras el nacimiento (lactación).

Todas esas funciones son controladas e integradas por mecanismos hormonales, nerviosos y, además, en el ser humano psicológico.

### 2.3.2 EL ÚTERO: (Llusiá, 1997)

El útero tiene forma de cono aplastado de adelante atrás: su base mira hacia arriba, mientras que su vértice, fuertemente truncado se introduce en el orificio superior de la vagina. Un estrechamiento circular situado un poco por debajo de su parte media, denominado istmo, lo divide en dos porciones:

Superior, globulosa, de forma triangular o pera aplanada de delante atrás, que corresponde al cuerpo.

Inferior, cilíndrica, más corta y más estrecha que el cuerpo: es el cuello.

El útero posee una cavidad central, cavidad uterina, aplanada de delante atrás y estrecha a nivel del istmo, que en la nulípara es extremadamente estrecha, continuándose hacia arriba con las trompas y hacia abajo con la vagina.

La cavidad del cuerpo presenta en un plano de sección frontal forma de triángulo de base superior y vértice inferior; sus paredes convexas hacia adentro son regularmente lisas; sus dos ángulos superiores, más redondeados en las multíparas que en las nulíparas, corresponden al abocamiento de las trompas. Su ángulo inferior se continúa con la cavidad del cuello por una porción estrechada designada orificio cervical interno.

La cavidad del cuello forma con la cavidad del cuerpo, con la que se continúa, un ángulo ligeramente abierto hacia adelante, encontrándose dilatada en su porción media, mientras que sus dos extremos de menor diámetro y amplitud se abren respectivamente en la cavidad del cuerpo –orificio cervical interno- y en la vagina –orificio cervical externo.

### 2.3.2.1 IRRIGACIÓN DEL ÚTERO: (Abreú García, 2006)

La irrigación del útero corre a cuenta de la arteria uterina, originada en la rama hipogástrica de la arteria iliaca interna, y regando los dos tercios inferiores del útero. El tercio superior corre a cargo de la arteria ovárica, originada en la aorta abdominal por debajo de las arterias renales.

Las venas uterinas están distribuidas en un patrón semejante al de las arterias uterinas, ováricas y tubáricas.

### 2.4 REPRODUCCIÓN: (Botella Llusia, 1993)

Es una variedad del crecimiento, el crecimiento extraindividual, cuando el ser no puede crecer más, se produce engendrando otros seres vivos, que continúan así su crecimiento indefinidamente, la reproducción es por lo tanto, no solo el artificio de la naturaleza para el mantenimiento de la forma específica, sino también el medio de que esta se vale para conseguir la perduración de la especie.

### 2.5 EMBARAZO: (Molina Betancour, 2006)

El embarazo o gestación es el estado fisiológico de la mujer que lleva en el útero el resultado de la concepción durante doscientos ochenta días aproximadamente. El embarazo comienza con la fecundación del óvulo y la implantación del embrión; normalmente se prolonga hasta el parto. El embarazo puede ser normal (fisiológico) o también complicado (patológico), según su evolución sea normal o no; simple o múltiple (de gemelos o bigémico, trigémico, cuadrigémico, etc.), según el número de los óvulos fecundados que se llevan en el seno y que se van a desarrollar en otros tantos embriones y fetos; uterino o extrauterino, en función del lugar de su implantación (útero, trompa, ovario, cavidad peritoneal del abdomen). La posibilidad de implantar óvulos fecundados provenientes de otras mujeres o de la misma gestante hace que se puedan

establecer nuevas distinciones. Podemos llamar propio el embarazo que se inicia con el desarrollo de un óvulo fecundado de la gestante; de terceros, si el óvulo fecundado no pertenece a la gestante. Puede darse también el embarazo nervioso o “imaginario”, provocado por un deseo exagerado o por un miedo obsesivo a la maternidad.

## 2.6 PARTO: (Niswander, 1987)

El parto es el proceso por el cual el útero expulsa los productos de la concepción maduros o casi maduros, más o menos en el momento adecuado, de forma que el recién nacido pueda existir semiindependiente de la madre.

### 2.6.1 TIPOS DE PARTO: (Corominas, 2005)

#### Parto vaginal

El parto más natural es el vaginal. Implica que el feto está ubicado en una posición adecuada para salir al exterior mediante las contracciones de la madre, sin dificultad y sin complicaciones.

#### Parto con anestesia epidural

El parto epidural es, después del anterior, la mejor opción. La epidural es una anestesia que se utiliza para eliminar el dolor de la parte inferior del cuerpo. Se inyecta en la parte inferior de la columna vertebral y se utiliza en los partos vaginales porque de esta forma la madre puede estar despierta y controlar los músculos.

#### La cesárea

Cuando el parto vaginal no es posible por posibles riesgos para la madre o para el niño, el médico puede realizar una cesárea. Esta operación facilita el

nacimiento del bebe a través de una incisión en el abdomen. El médico hace un corte transversal en la parte baja del abdomen y seguido otra incisión en la matriz para sacar al bebé.

#### Parto con fórceps

Se utiliza en aquellos casos en los que la cabeza del niño tiene dificultad para salir por el canal del parto o cuando la madre no puede empujar por falta de fuerza o cuando el bebé está mal colocado o el parto es demasiado lento. Es un instrumento con forma de pinza que ayuda a manipular la cabeza del bebé y tirar de ella poco a poco para salir fuera.

#### Parto con ventosa

Se utiliza por las mismas razones por las que se utiliza el fórceps. Es un instrumento en forma de copa de plástico que se adhiere a la cabeza del bebé y que succiona y que succiona como una ventosa al tirar del niño hacia fuera.

#### Parto con espátulas

Se utiliza por las mismas razones que las dos anteriores. Por su forma cóncava, se adapta muy bien tanto a la pelvis de la madre como a la cabeza del bebé. Actúa como calzador para favorecer la salida del niño.

### 2.6.2 LAS TRES ETAPAS DEL PARTO

#### Dilatación

Comienza con las contracciones regulares que dilatan el cuello del útero y termina cuando la dilatación del cuello alcanza los 10 centímetros. En algunas mujeres, las contracciones comienzan unos días antes sin apenas notarse. En otras ocasiones este periodo dura tan solo unas horas y las contracciones son

bastante dolorosas. Como en todo, cada persona es un mundo y cada embarazo y parto es diferente.

### Expulsión

Comienza con la dilatación del cuello y termina con el emocionante nacimiento del bebé. Como siempre, la duración depende de cada mujer, pero en la mayoría suele durar unas dos horas aproximadamente.

### Nacimiento

Comienza con el nacimiento del niño y termina con la expulsión de la placenta. La duración puede estar entre 15 minutos y una hora.

## 2.7 INDICACIONES DE LA CESÁREA: (Cabero, 2009)

Las indicaciones pueden agruparse de diversas maneras: maternas, fetales y mixtas, según quien sea el supuesto beneficiario de la intervención; electivas, esto es, sin intentar el trabajo de parto o intraparto o de recursos; emergentes, urgentes o programables; absolutas o relativas, etc. de acuerdo con la Comisión de Bioética de la SEGO se acepta que existen indicaciones absolutas de cesáreas que no plantean problemas en la toma de decisiones por la evidencia de su necesidad; otras, de justificación más discutible, son las que hoy proporcionan buena parte de la alta incidencia de cesáreas.

Entre las indicaciones absolutas se encuentran:

- La desproporción pélvico-fetal constatable incluso antes del trabajo de parto.
- Las situaciones y posiciones anómalas sin posibilidad de cambio, o los tumores previos.

- La placenta previa central, marginal o parcial, en función de la hemorragia.
- El sufrimiento fetal agudo.
- Enfermedad materna que contraindique el parto vaginal.

Las indicaciones relativas o discutibles, pueden ordenarse según el grado de evitabilidad con que puede enfrentarse. De esta forma existe un grupo más problemático que está constituido por las siguientes:

- Desproporción pélvico-fetal relativa, o presentación fetal desfavorable, cuyo paradigma es el parto de nalgas.
- Cesárea anterior.
- Fiebre intraparto.
- Gestaciones con esterilidad previa o conseguidas mediante técnicas de reproducción asistida.

Y otra serie de indicaciones más fácilmente evitables, cuya motivación tiende a ser profiláctica o preventiva, en detrimento de la asentada sobre una prueba de parto discriminatoria. La mayoría son consecuencia de la propia tecnología y de diversas actitudes sociales. Entre ellas se encuentran:

- Riesgo fetal aumentado (prematuridad de menos de 34 semanas, crecimiento intrauterino retardado, sufrimiento fetal según los indicadores de la monitorización electrónica – falsos positivos).
- Distocia no comprobada o iatrógena (inducciones, anestesia epidural).

- Factores adversos independientes: edad elevada, estatura baja, macrosomía fetal, parto lento o prolongado.
  
- Factores paramédicos maternos:
  - Intolerancia al dolor.
  - Programación del parto.
  - Temor a un mínimo hándicap o discapacidad de causa obstétrica.
  
- Factores paramédicos de los profesionales:
  - Dualidad de la asistencia privada/pública con conflicto de horarios a compaginar. Atención a la exigencia de la legítima de mujeres que valoran la privacidad y el confort de la asistencia privada, frente a la masificación de la pública.
  - Condicionamiento ante el temor a ausentarse del trabajo en horario regular, que fuerza a iniciar estimulaciones o inducciones en circunstancias y tiempo no pertinentes, con la necesidad de terminar el parto (por la vía que sea) ante la llegada de la noche o del fin de semana.
  - Temor a demandas por mala práctica clínica, que inducen a una “medicina defensiva” que busca evitar responsabilidades.
  
- Factores académicos. Para ciertos obstetras el parto tiende a ser percibido, no como un proceso fisiológico natural, si no como una enfermedad que exige intervención médico-quirúrgica. Esto es debido a:
  - La extrapolación de resultados de una pequeña porción de la población gestante con problemas patológicos, a todas las embarazadas.



- La enseñanza y entrenamiento de médicos y obstetras que, al estar basados en una patología, tienden a apreciar a los individuos como pacientes, incluyendo a las mujeres embarazadas.

- Factores socio-económicos: beneficios económicos desprendidos de la intervención en el parto, tanto en la medicina privada como en la pública (mayor necesidad de personal especializado, más guardias hospitalarios, etc.).

## 2.8 CESÁREA ELECTIVA: (salud, 2002)

Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se efectúa antes que inicie el trabajo de parto.

### 2.8.1 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CESAREA ELECTIVA: (Paredes Atenciano, 2003)

- Terminada la intervención, la paciente pasara a la URPA (Unidad de Recuperación Post-Anestésica).

- La paciente permanecerá en la URPA hasta que cumpla los criterios de alta.

- Durante su estancia en la URPA, se controlara a la paciente prestando especial atención en:

- Signos vitales.
- Sondajes y drenajes que tenga colocado el paciente.
- Revisión de herida (apósitos manchados).
- Proporcionar calor adicional si fuese necesario.

- En pacientes que han sufrido anestesia general: se colocarán con la cabeza ladeada, con la vía de ventilación colocada hasta que el paciente la rehace tosiendo, precisando aportación de oxígeno con mascarilla de alto flujo y colocación de barandas protectoras en ambos lados de la cama.
  
- Permanecer en alerta ante signos de shock y de hemorragias:
  - Pérdida de nivel de conciencia.
  - Taquicardia.
  - Disminución de la TA.
  - Piel fría y humedad.
  
- Control del dolor postoperatorio, para facilitar la comodidad y la rápida recuperación postanestésica.
  
- En pacientes con anestesia epidural o espinal, se controlara la movilidad y sensibilidad de los miembros inferiores, además de la distensión vesical, por si fuese necesario un sondaje vesical.

## 2.9 ESTADÍSTICAS DE CESÁREA EN RELACIÓN AL PARTO VAGINAL: (OCDE, 2007)

Las tasas de cesáreas, como porcentaje del total de partos, han aumentado en todos los países de la OCDE a lo largo de los últimos decenios. El incremento refleja no sólo factores de riesgo médicos (como la edad de la madre, partos múltiples, haberse sometido con anterioridad a una cesárea y los periodos de la gestación que se prolongan más allá de su duración normal), si no también cambios en la práctica de los profesionales sanitarios y en las preferencias de las madres. Esta evolución ha planteado cuestiones respecto a que si los costes

(económicos, y para la salud de la madre y del niño) de algunas de estas cesáreas podrían exceder ampliamente los beneficios que reportan.

En 2004, la tasa de cesáreas como porcentaje del total de partos de nacidos vivos varió de manera significativa en todos los países de la OCDE, al oscilar entre menos de uno de cada cinco en los Países Bajos, la República Checa, los Países Nórdicos, Francia, Bélgica y la República Eslovaca, y más de uno de cada tres en Corea, Italia y México. Varios factores explican las elevadas tasas en este segundo grupo de países. Los precios más altos de las cesáreas, en comparación con los partos normales, han animado a los médicos a efectuar un mayor número de las primeras en Corea (OCDE, 2003b). Del mismo modo, los médicos que operan en el sector privado de México cuentan con mayores incentivos económicos para programar cesáreas (Secretaría de Salud, 2003). En Italia, datos no contrastados empíricamente indican que las elevadas tasas de operaciones de cesárea podrían reflejar las opciones de los pacientes (basadas en parte en la falsa creencia de que las cesáreas son, en general, más seguras que los partos sin complicaciones), así como en los cambios en la práctica de los médicos que favorecen este tipo de intervenciones (puesto que pueden efectuarse con mayor rapidez y planificarse anticipadamente).

Las tasas de cesáreas han aumentado con el tiempo en todos los países de la OCDE y, en algunos casos, la subida ha sido bastante rápida. En un grupo uniforme de 20 países de la OCDE, las tasas medias de cesárea ascendieron el 14% del total de partos en 1990, mientras que, en 2004, tal proporción se había elevado al 22%. La tasa de crecimiento desde 1990 ha sido particularmente rápida en Irlanda, la República Eslovaca y la República Checa. Por otra parte, ha sido mucho más lenta en los Países Nórdicos.

Es posible que no todos estos procedimientos se hayan efectuado siguiendo la indicación médica. En los Estados Unidos, en un estudio a cargo de Declercq y colaboradores (2005), se analizó el aumento de la cesáreas entre 1996

y 2001, haciendo un seguimiento de los factores de riesgo más importantes. Se observó que la proporción de cesáreas “sin riesgo indicado” (definidas como aquéllas en que las madres dan a luz a un solo niño tras un periodo de gestación completo, no se les han practicado cesáreas con anterioridad y no se les ha detectado ningún factor de riesgo médico, y en las que no se han consignado complicaciones del parto en la partida de nacimiento) se elevó hasta el 5,5% de los partos en 2001, partiendo del 3,7% de 1996.

Las ventajas relativas de parto vaginal, comparado con los partos por cesárea en embarazos normales sin complicaciones, continúan siendo objeto de debate. Las cesáreas comportan un menor riesgo en los países desarrollados que en las regiones en vías de desarrollo (OMS, 2005). No obstante, son más costosas que los partos normales, y las intervenciones innecesarias tienden a asociarse a más problemas de salud para la madre y el niño que el parto vaginal (Bewley y Cockbrn, 2002; Victoria y Barros, 2006). Por tanto, la realización de cesáreas innecesarias motiva que se efectúen intervenciones costosas con mayores riesgos.

#### 2.10 ENFERMERÍA: (Diccionario de medicina océano mosby, 2009)

Ciencia que comprende los conocimientos, actividades y aptitudes necesarias para atender correctamente las necesidades del individuo, grupo y comunidad, referentes a la salud, su conservación y promoción y su restablecimiento.

2.10.1 TEORÍA DE ENFERMERÍA: (Alcaraz Ortega, Teorías de Enfermería, 2012)

#### DOROTHEA OREM “TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA”

Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl. Se graduó en 1930.

Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna otra enfermera, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

a) Teoría del Autocuidado: en la que explica el concepto del autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

b) Teoría del déficit de autocuidado: en la que describe y explica las causas en las que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuando y el por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

c) Teoría de los sistemas de enfermería: en la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera sule al individuo.

- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: el personal de enfermería proporciona autocuidados.

- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: “ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud

y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno que la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone son: Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.

1. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
2. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada; por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
3. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.

4. Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

Práctica de la teoría de Orem: si se lleva a la práctica la teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:

Primer paso:

Implica el examen de los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.

Abarca la recogida de datos acerca de estas áreas y la valoración de conocimiento, habilidades, motivación y orientación del cliente. El análisis de los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.

Segundo paso:

Implica el diseño y la planificación. Se centra en capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.

Tercer paso:

Supone poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador.

Se lleva a cabo por la enfermería y el cliente juntos.



## 2.10.2 RELACIÓN ENFERMERA PACIENTE: (Iglesias, 2012)

La relación de ayuda en concepción arenal consiste en un intercambio humano y personal entre dos seres, en el que uno de los interlocutores (cuidador, visitador) captara las necesidades de otro (enfermo, preso, pobre) y poder ayudar a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a la situación actual. El objetivo de esta relación de ayuda es conseguir el cambio, tanto interno como externo, ayudando a sentir menor sufrimiento, hacer frente a sus problemas presentes, captar sus necesidades, ser agente y no <<paciente>> del propio proceso de cambio o de resolución de problemas. Se podrá conocer mejor, adoptará un comportamiento más satisfactorio con capacidad de realizarse y comunicarse, abriéndose a los otros y pudiendo establecer contactos. Es una ayuda eficaz y mediada por la escucha y el dialogo, ayudando para hacer frente a los problemas con realismo en la medida que aparecen, considerar varias posibilidades de ver y enfrentarse a la realidad. Se intentará potenciar la autonomía, en un proceso liberador y de crecimiento personal, proporcionándole los medios o posibilidades que le permitan crecer y ayudándole a ensayar nuevos modelos de comportamiento, y poder encontrar un sentido a su situación de crisis, problemas, sentido de la vida, etc.

El profesional de la relación de ayuda debe implicarse con la persona que trata... entre ellas algunas fundamentales como las siguientes:

- Ser una persona a quien se puede recurrir, proporcionándole información, escuchando su demanda e intentando dar una respuesta en función de sus posibilidades.
  
- Ser para el cliente como un <<espejo>>, con actitud de respeto, interés, empatía, escucha activa, viendo nuevas perspectivas para abordar el problema.

- Desempeñar el rol de acompañante, en la exposición y clarificación del problema, y en la aceptación de la expresión de sus emociones y sentimientos.
- Rol de sustituto (madre, padre...), donde el cliente vea que es escuchado y comprendido.
- Ser un consejero en determinadas situaciones de crisis en las que el cliente es incapaz de ver y hacer frente a su problema.
- Rol de prevención, para poder disminuir la ansiedad o angustia.

#### 2.10.2.1 FASES DE LA RELACIÓN DE AYUDA: (Iglesias, 2012)

Las fases de la relación de ayuda en la concepción arenal se pueden identificar con las fases de la enfermería en la visita: las primeras citas no suelen ser muy animadas debido al déficit de confianza que concurre, y por no estar aún familiarizados con el lenguaje de la persona a tratar ni ella con el nuestro.

El lenguaje deberá adaptarse al suyo de modo que, sin ser elemental, pueda estar a su alcance, llegándose a producir una homeostasis entre ambos. Cuando se llega a este punto, falta siempre tiempo y no temas de conversación. El tiempo dedicado, si son personas que están muy ocupadas, debe tener cierta elasticidad para los que saben emplearla:

<< ... los buenos lo hayan siempre para hacer bien, y a los que no saben de qué hablar a los pobres, no es que les falten palabras, es que les falta caridad>> (ibídem:71).

En cuanto al número de fases veremos que no es igual, así H. Peplau postulaba cuatro fases y el Dr. Cibanal seis fases (Cibanal, 1991: 22-158, Cibanal, 2003: 137-212):

- Primera fase: configuración del encuentro personal; acogida u orientación.
- Segunda fase: presentación y clarificación del problema.
- Tercera fase: confrontación y reestructuración.
- Cuarta fase: establecer plan de acción.
- Quinta fase: evaluación del plan de acción.
- Sexta fase: separación.

Educación para la Salud: (SECRETARIA DE SALUD, 2004)

A los procesos de enseñanza y aprendizaje que permiten, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud, individual, familiar y colectiva.

#### 2.10.2.2 CARACTERÍSTICAS DEL VISITADOR: (Iglesias, 2012)

En cuanto a las características que el visitador debe poseer, se estructuran en dos aspectos: psicológicos y físicos.

De los psicológicos Arenal nos devela entre los rasgos de la personalidad del visitador debe poseer están: la dulzura, la firmeza, la exactitud (llevar los socorros... el socorro guardado en su cartera, nada dice a su corazón ni a su conciencia!), la circunspección ( se debe no solo ser bueno sino parecer perfecto, midiendo nuestras palabras y gestos, sin opinar hasta que no se conozca perfectamente al sujeto que se visita para evitar imprudencias, y se actuara igual entre ambos sexos), el celo, la perseverancia, la humildad (a veces se necesita

recurrir al auxilio de personas cuya posición social es superior a la nuestra, y apelando a la razón se deben mirar con calma los contratiempos de la naturaleza de las cosas).

El visitador para compadecer debe padecer con el que padece, impresionándose con el dolor ajeno, sintiendo con mayor o menor intensidad como si fuera propio.

En cuanto al aspecto físico el visitador debe cumplir, para Arenal, una serie de requisitos. La apariencia se caracterizará siempre por la sobriedad, alejada de todo lujo, joyas, adornos y ostentación.

### 2.10.3 CUIDADO: (Ariza Olarte, 2008)

Teniendo en cuenta que el cuidado ha sido considerado la esencia de Enfermería a lo largo del desarrollo que está a tenido como disciplina, se cree importante realizar una revisión del concepto de cuidado, la forma como ha sido entendido por las diferentes teóricas, y la evolución que ha tenido, antes de contemplarlo exclusivamente, desde la Enfermería.

El verbo cuidar, tiene origen medieval y proviene del latín *agere* (hacer) como el frecuentativo *agitare* (hacer con frecuencia, moverse continuamente); y éste, el compuesto *cogitare* (obrar conjuntamente, pensar). De *cogitare* paso a tener el sentido de prestar, que a su vez evoluciono a prestar atención, asistir, y de ahí se transformó en el actual cuidar.

De acuerdo con la definición que ha tenido el concepto de cuidado, etimológicamente procede del latín *cogitare*: pensar, donde se derivan los significados romance, prestar atención a algo o a alguien, asistir a alguien, poner solicitud en algo.

En la literatura anglosajona, se distingue entre los términos care y caring. El primero hace referencia a la acción de cuidar y el segundo incorpora un sentido y una intencionalidad humanitaria en ella.

Según Collière, cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación.

Pellegrino agrega que cuidar es la base moral sobre la cual tienen que reformarse nuestras obligaciones profesionales y nuestra ética; según él, cuidar construye el fundamento moral a partir del cual debe regirse la praxis profesional y de manera especial, en Enfermería.

#### 2.10.3.1 CUIDADO DE ENFERMERÍA: (Ariza Olarte, 2008)

El concepto de cuidado ha sido proclamado como la esencia de la profesión de enfermería y se expresa de manera explícita o implícita en el ejercicio profesional. Es así como ha sido motivo de diversos abordajes como los de Norman y Rohweder, y Gertrud B. Ujhely, quienes afirman que es una relación de apoyo y ayuda brindado por la enfermera a la persona que lo requiera.

Teorías de enfermería han centrado la definición de cuidado de enfermería, en la relación enfermera-cliente, otras en la intervención terapéutica, y otras en el cliente usuario persona.

Autoras como Ernestine Wiedenbach, Josephine Paterson y Loretta Zderad, Igmone King, Ida Orlando, y Joyce Travelbee han considerado la interacción enfermera-paciente el eje fundamental para establecer una relación de cuidado. Así mismo, la interacción ha sido asumida como el contacto entre la enfermera y el paciente o la enfermera y la familia, expresada a través de la comunicación verbal y no verbal. Aseguran que la intervención que realiza el profesional de enfermería,

a través de la valoración, le permite identificar necesidades y prevenir o ayudar a los miembros de una comunidad o una familia a afrontar el significado de una experiencia dolorosa causada por una enfermedad aguda o crónica; y o acompañar en momentos de desesperación, sufrimiento o muerte.

Quienes centran su definición en la intervención terapéutica consideran que ésta debe estar orientada a la mejoría y recuperación de los pacientes, a través del establecimiento de metas claras de tratamiento, con objetivos definidos. Para esto es necesario que el profesional de enfermería sea competente en el área específica de desempeño, con conocimientos y habilidades que debe demostrar al realizar las intervenciones con sus pacientes. Dentro de este grupo se pueden mencionar a Myrna Levine y Dorothea Orem.

Y por último, está el grupo de quienes han centrado la definición de cuidado en el cliente-usuario. Para ellas además de lo anterior, el paciente es el eje central del cuidado. Dentro de este grupo está Dorothy Johnson, quien sostiene que la persona que recibe cuidado es un sistema conductual que requiere de ajustes del entorno para mantener su equilibrio. Callista Roy define el cuidado centrado en la persona, a quien describe como un sistema adaptativo, complejo, compuesto por procesos internos y que actúa para mantener la capacidad de adaptación y ejercer control sobre sus partes.

Igual que Roy, Betty Neuman centra su definición de cuidado en la persona, a quien define de una manera amplia, como cliente-sistema-cliente, el cual puede ser un individuo, una comunidad, una familia, o un problema social. Es un sistema dinámico de interrelaciones en donde intervienen factores sociales, culturales, psicológicos, fisiológicos, espirituales y de desarrollo.

## 2.11 CONTROL PRENATAL: (Duque Yepes, 2007)

Se refiere a las visitas periódicas que debe realizar la madre embarazada al médico, durante las cuales se realiza una cuidadosa supervisión del proceso de gestación. Esta consulta trae beneficios tanto para la madre como para el futuro ser que está por nacer.

- Objetivos del control prenatal
- El programa control prenatal busca, entre otros, los siguientes objetivos:

- Vigilancia nutricional.
- Detección de los problemas de la gestación.
- Prevención de problemas para la gestación.
- Factores que pueden afectar al binomio madre-hijo

Es oportuno indicar los factores físicos que repercuten en el bienestar de la madre y el niño.

- Drogas.
- Las radiaciones.
- El alcohol.
- El tabaco
- La edad de la madre

## 2.12 COMPETENCIA DE ATENCIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO: ([http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D263.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D263.pdf))

Proporciona atención continua a la embarazada durante el trabajo de parto y parto, atendiendo a las condiciones generales y obstétricas y previene la aparición de complicaciones que puedan afectar la seguridad de la madre y el feto, porque cuenta con los conocimientos y aptitudes para:

1. Valorar inicialmente las condiciones maternas y fetales a través de:

1.1. Registrar e interpretar las cifras de los signos vitales (T/A, FC, FR y Temperatura).

1.2. Efectuar las maniobras de Leopold.

1.3. Auscultar y medir la frecuencia cardiaca fetal.

1.4. Valorar la dinámica uterina.

1.5. Identificar los periodos clínicos del trabajo de parto.

1.6. Valorar las condiciones de las membranas ovulares.

1.7. Valorar el grado de encajamiento.

1.8. Identificar oportunamente signos y síntomas que indiquen el inicio del trabajo de parto.

1.9. Identificar factores de riesgo durante todo el proceso

1.10. Referir oportunamente al siguiente nivel de atención ante la presencia de alto riesgo.



1.11. Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la paciente ante la presencia inminente de complicaciones durante el parto y en caso necesario asistirle durante su traslado.

2. Procurar un estado de bienestar físico, mental, emocional y espiritual del binomio madre-hijo durante la fase de trabajo de parto y controlar la evolución a través de:

2.1. Registrar y valorar los signos vitales por lo menos cada 4 hrs (T/A, FC, FR y Temperatura).

2.2. Monitorizar y auscultar la frecuencia cardiaca fetal antes, durante y después de la contracción uterina.

2.3. Realizar las maniobras de Leopold.

2.4. Identificar la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones uterinas.

2.5. Valorar y registrar las modificaciones cervicales (dilatación y borramiento).

2.6. Valorar el descenso de la presentación (planos de Hodge).

2.7. Mantener a la embarazada en un buen estado de hidratación.

2.8. Propiciar el reposo de la embarazada en decúbito lateral izquierdo.

2.9. Identificar signos y síntomas que indiquen el inicio del periodo expulsivo.

3. Atender a la mujer en el periodo expulsivo llevando a cabo lo siguiente:

3.1. Valorar las condiciones generales del binomio madre-hijo.

3.2. Colocar a la embarazada en la posición más apropiada y cómoda.

3.3. Efectuar el aseo de la región.

3.4. Realizar amniorresis en caso necesario.

3.5. Evaluar las condiciones del periné y en caso necesario efectuar episiotomía.

3.6. Valorar los signos vitales de la embarazada.

3.7. Valorar la frecuencia cardiaca fetal.

3.8. Identificar factores de riesgo durante todo el proceso.

3.9. Referir oportunamente al siguiente nivel de atención ante la presencia de alguna complicación.

3.10. Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la paciente ante la presencia inminente de complicaciones y en caso necesario asistirle durante su traslado.

3.11. Recibir al recién nacido.

4. Atender a la mujer en la etapa de alumbramiento y efectuar las siguientes acciones:

4.1. Verificar signos vitales durante todo el proceso.

4.2. Propiciar el alumbramiento espontáneo de la placenta.

4.3. Comprobar la integridad de la placenta y membranas.

4.4. Verificar la involución uterina y aplicar los fármacos de acuerdo a protocolo.

4.5. Revisar la integridad y condiciones del conducto vaginal.

4.6. Valorar el estado general de la paciente a fin de identificar oportunamente signos que indiquen la presencia de complicaciones.

4.7. Referir oportunamente al siguiente nivel de atención ante cualquier complicación.

4.8. Realizar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la paciente ante situaciones que pongan en riesgo la vida y en caso necesario asistirle durante su traslado.

4.9. Propiciar y proporcionar confort a la puérpera.

2.13 COMPETENCIA DE ATENCIÓN EN EL PUERPERIO  
([http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D263.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D263.pdf))

Brinda atención integral en el puerperio inmediato, mediato y tardío con base en las condiciones físicas, psicológicas y sociales de la puérpera y su familia ya que cuenta con los conocimientos y aptitudes para:

1. Valorar la evolución del puerperio en sus tres etapas a partir de las siguientes actividades:

1.1. Medir y verificar la estabilidad de las constantes vitales.

1.2. Explorar físicamente a la puérpera para verificar el grado de involución uterina y para identificar oportunamente complicaciones.

1.3. Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la puérpera ante la presencia inminente de complicaciones y en caso necesario asistirle durante su traslado.

1.4. Evaluar las características del sangrado trasvaginal.

1.5. Aplicar fármacos de acuerdo a protocolos establecidos.

2. Otorgar cuidados específicos en el puerperio inmediato mediante las siguientes acciones:

2.1. Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la puérpera ante la presencia inminente de complicaciones y en caso necesario asistirle durante su traslado.

2.2. Propiciar el inicio temprano de la lactancia materna.

2.3. Cerciorarse de la presencia de micción vesical espontánea.

2.4. Verificar estado de alerta de la puérpera e iniciar tolerancia a la vía oral.

3. Otorgar cuidados específicos en el puerperio mediato a través de las siguientes acciones:

3.1. Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la puérpera ante la presencia inminente de complicaciones y en caso necesario asistirle durante su traslado.

3.2. Apoyar a la puérpera para el mantenimiento de la lactancia materna.

3.3. Identificar oportunamente datos de complicaciones tales como: infecciones vaginales o grietas en los pezones.

3.4. Verificar la adecuada eliminación intestinal.

4. Otorgar cuidados específicos en el puerperio tardío mediante las siguientes acciones:

4.1. Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la puérpera ante la presencia inminente de complicaciones y en caso necesario asistirle durante su traslado.

4.2. Orientar a la madre en aspectos sobre la detección oportuna de signos o síntomas de complicación tales como fiebre, sangrado anormal y dolor.

4.3. Informar sobre los métodos de planificación familiar.

4.4. Orientar sobre aspectos de estimulación temprana del recién nacido.

4.5. Identificar causas de abandono del control del puerperio tardío.

2.14 HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD (HISTORIA):  
(Alcaraz Ortega, Historia del Hnss, 2012)

El 22 de Abril de 1952 llegaron a la ciudad de Morelia, Mich. las hermanas Hijas de la caridad de San Vicente de Paul para encargarse del Sanatorio de Nuestra señora de la Salud, que en ese entonces estaba destinado a la atención de los enfermos de escasos recursos ya que en esos momentos la ciudad contaba con la atención del Hospital General “Dr. Miguel Silva” y se iniciaba la atención médica en el “Seguro Social” pero sólo para aquellos que tenían trabajos y salarios fijos, fue entonces cuando el Patronato “Dr. Simón W. García” decide preparar a toda joven de posición modesta con auténtica vocación de Enfermeras

y deseos de superación, la oportunidad de realizar su carrera en forma integral por una pensión módica.

Dicha labor corrió a cargo de la visionaria Sor Isabel Olarte Porcal quien fue Directora Administrativa del H N S S además de ser Enfermera y Médico bajo su cargo nace la Escuela de Enfermería que abrió sus puertas el 15 de Marzo de 1964 y que posteriormente dio a la sociedad 8 chicas preparadas para cumplir con tan noble vocación. Sor Isabel tuvo la certera iniciativa de organizar una colecta en todos los templos de la ciudad, los fondos obtenidos permitieron la compra de un terreno ubicado en la calle Eduardo Ruiz No 152 en la Colonia Centro, la construcción del nuevo edificio requirió alrededor 4 años y fue posible gracias a la ayuda de benefactores incluyendo algunos del extranjero de quienes recibían pesetas que se cambiaban a moneda nacional. El proyecto estuvo a cargo del arquitecto Verduzco quien se aseguró que la escuela cumpliera con las normas que en ese momento planteaba la UNAM para la construcción de edificios escolares.

Para el año de 1965 se inscriben 15 alumnas para formar la segunda generación y para 1966 se inscriben 25 alumnas a la tercera y cuarta generación; pero en 1967 son ya 50 estudiantes las que se inscriben, aumentando significativamente la matrícula. Desde entonces la escuela maneja un programa de estudios organizado, humanista y dinámico con bases en el plan de estudios de la DGIRE UNAM.

En 1963 LLEGA AL HOSPITAL SOR ISABEL OLARTE PORKAL

El 24 de febrero llega como superiora a cumplir el objetivo que se habían planteado: La fundación de la Escuela de Enfermería.

## CAPÍTULO III

# ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

## ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó este estudio con un enfoque cuantitativo hipotético deductivo y con un alcance correlacional con tendencia predictiva y aplicación transversal para poder describir cual es el nivel de influencia de la relación enfermera-paciente en la elección del procedimiento de preferencia para las usuarias obstétricas del HNSS entre la cesárea electiva y el parto vaginal durante el segundo semestre del año 2011 al primer trimestre del año 2012

Se tomó como punto de partida la medicina y se fue bajando el plano de análisis a través de la obstetricia, la enfermería, la reproducción, hasta llegar a la relación enfermera-paciente, parto vaginal y cesárea electiva.

Con todo lo anterior se construyó la hipótesis desarrollada en el siguiente capítulo, (lo que define la tendencia predictiva del alcance de la investigación), donde se establecen sus variables y dimensiones y con base en éstas se construyeron los cuestionarios que sirven para la correlación de las características concluyentes del sujeto de investigación. La medición y recolección del fenómeno se hizo en una sola aplicación en un momento determinado del tiempo.

Esto es, se partió de lo general a lo particular con una aplicación transversal, y, con base en la hipótesis, mediante la recolección, medición y evaluación de los datos se describe la conclusión de la investigación.



## CAPITULO IV

### HIPÓTESIS

#### 4.1 DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS

El nivel de influencia de la relación enfermera-paciente en la elección del procedimiento de preferencia para las usuarias obstétricas del HNSS entre la cesárea electiva y el parto vaginal durante el segundo semestre del año 2011 al primer trimestre del año 2012 es bajo.

#### 4.2 DEFINICION DE LA VARIABLES DE LA HIPÓTESIS

La variable independiente son las usuarias obstétricas del HNSS entre la cesárea electiva y el parto vaginal durante el segundo semestre del año 2011 al primer trimestre del año 2012.

La variable dependiente es el nivel de influencia de la relación enfermera-paciente.

#### 4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| VARIABLE                    | DEFINICION DE LA VARIABLE  | OPERACIONA LIZACIÓN DE LA VARIABLE | QUE SE VA A MEDIR              |
|-----------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------|
| Relación enfermera-paciente | Intercambio humano y personal entre 2 seres, en el que uno de los interlocutores (cuidador-visitador) capta las necesidades del otro, (enfermo), y poder ayudar a descubrir posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a la situación | Cuestionario                       | Captar las necesidades de otro |

| VARIABLE                        | DEFINICIÓN DE LA VARIABLE   | OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE | QUE SE VA A MEDIR               |
|---------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| Captar las necesidades de otro  | Es una ayuda eficaz y mediada por la escucha y el diálogo, ayudando para hacer frente a los problemas con realismo en la medida que aparecen, considerar varias posibilidades de ver y enfrentarse a la realidad. | Cuestionario                      | Enfrentarse a la realidad.      |
| Enfrentarse a la realidad.      | Potenciar la autonomía, en un proceso liberador y de crecimiento personal.  | cuestionario                      | Ayudar al crecimiento personal. |
| Ayudar al crecimiento personal. | Ser un consejero en determinadas situaciones de crisis en las que el cliente es incapaz de ver y hacer frente a su problema.  | Cuestionario                      | Hacer frente al problema.       |
| Hacer frente al problema.       | Establecer un plan de acción.   | Cuestionario                      | Plan de acción.                 |

#### 4.4 CONSTRUCCION DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, INCORPORADA A LA UNAM, CLAVE 8722

INFLUENCIA DE LA RELACIÓN ENFERMERA USUARIA EN LA ELECCION ENTRE CESAREA ELECTIVA Y PARTO VAGINAL.

##### INSTRUCCIONES:

Elija el inciso correcto marcándolo con una cruz.

1.- ¿Cómo considera que es la orientación que le brinda la enfermera?

a) Buena

b) Regular

c) Mala

2.- ¿Queda usted satisfecha con la información que se le brinda?

a) Si

b) No

3.- ¿Cree usted que el personal de enfermería está capacitado para aclarar todas sus dudas?

a) Si

b) No

4.- ¿El personal de enfermería le brinda la suficiente confianza para hacerle saber sus dudas?

a) Si

b) No

5.- ¿Qué tanto conoce usted sobre la práctica de la cesárea?

a) Mucho

b) Regular

c) Poco

6.- En base a sus conocimientos, cree que la práctica de la cesárea electiva es:

a) Buena

b) Regular

c) Mala

7.- ¿Qué tanto conoce usted sobre la práctica de parto vaginal (fisiológico)?

a) Mucho

b) Regular

c) Poco

8.- En base a sus conocimientos, cree que la práctica del parto vaginal (fisiológico) es:

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

9.- ¿Cómo ha sido la interacción entre usted y el personal de enfermería?

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

10.- ¿Considera que es necesario capacitar al personal de enfermería sobre la forma en que debe transmitir una buena orientación?

- a) Si
- b) No

11.- ¿Usted estaría dispuesto (a) a asistir a sesiones en las cuales el personal de enfermería les brinde información sobre los temas que usted considere importantes?

- a) Si
- b) No

12.- ¿En general, a las consultas a las que ha asistido, como ha sido la información brindada por parte del personal de enfermería?

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

13.- ¿En general, a las consultas a las que ha asistido, como ha sido la atención brindada por parte del personal de enfermería?

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

14.- ¿Considera que el personal de enfermería ayudo a tener una visión clara para tomar la mejor decisión entre si es mejor la cesárea electiva o el parto vaginal (fisiológico)?

- a) Si
- b) No

15.- ¿Qué procedimiento prefiere usted?

- a) Parto vaginal (Fisiológico)
- b) Cesárea electiva

## CAPITULO V

# DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA



## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Esta investigación es no experimental correlacional transeccional y el plan de acción del diseño de la investigación está encaminado a determinar si la hipótesis el nivel de influencia de la relación enfermera-paciente en la elección del procedimiento de preferencia para las usuarias obstétricas del HNSS entre la cesárea electiva y el parto vaginal durante el segundo semestre del año 2011 al primer trimestre del año 2012 es bajo, es falsa o verdadera.

Para fines de esta investigación se tomó como población a 30 usuarias obstétricas del HNSS durante el segundo semestre del año 2011 al primer trimestre del año 2012.

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia y se estableció arbitrariamente el tamaño de la muestra de 30 individuos.

Como instrumento de medición se construyó un cuestionario de 15 reactivos cerrados.

En la operacionalización de la hipótesis se muestra la secuencia de construcción del cuestionario.

Se realizó la prueba piloto a 5 alumnas del cuarto año de la licenciatura en enfermería y obstetricia de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia Michoacán.

Para la recolección de datos el cuestionario se aplicó a los 30 usuarias obstétricas, localizando a cada una de ellas en el servicio de consulta externa del HNSS.

El proceso de construcción del cuestionario, empieza con el establecimiento de la pregunta y el objetivo de investigación, para con base en sus conceptos

principales determinar la construcción y estructura del marco teórico, para después dar la respuesta a la pregunta de investigación en forma de hipótesis, mediante la determinación de sus variables y dimensiones para su operacionalización, asegura que la construcción del instrumento de medición es confiable.

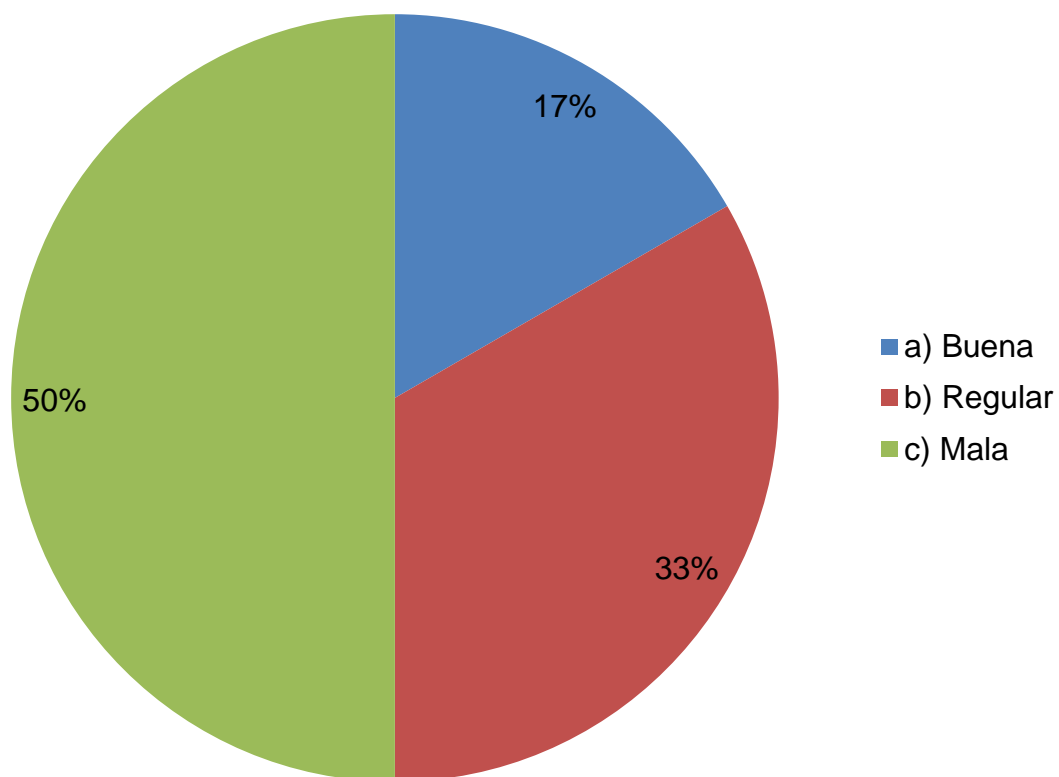
Para ordenar los datos y luego poder analizarlos, los resultados del cuestionario se vaciaron en una base de datos de Excel y se construyeron tablas con matrices de datos y gráficas para su estudio, describiendo las conclusiones por cada pregunta del cuestionario.

Con base en éste análisis de los datos, se construyó el capítulo VI.

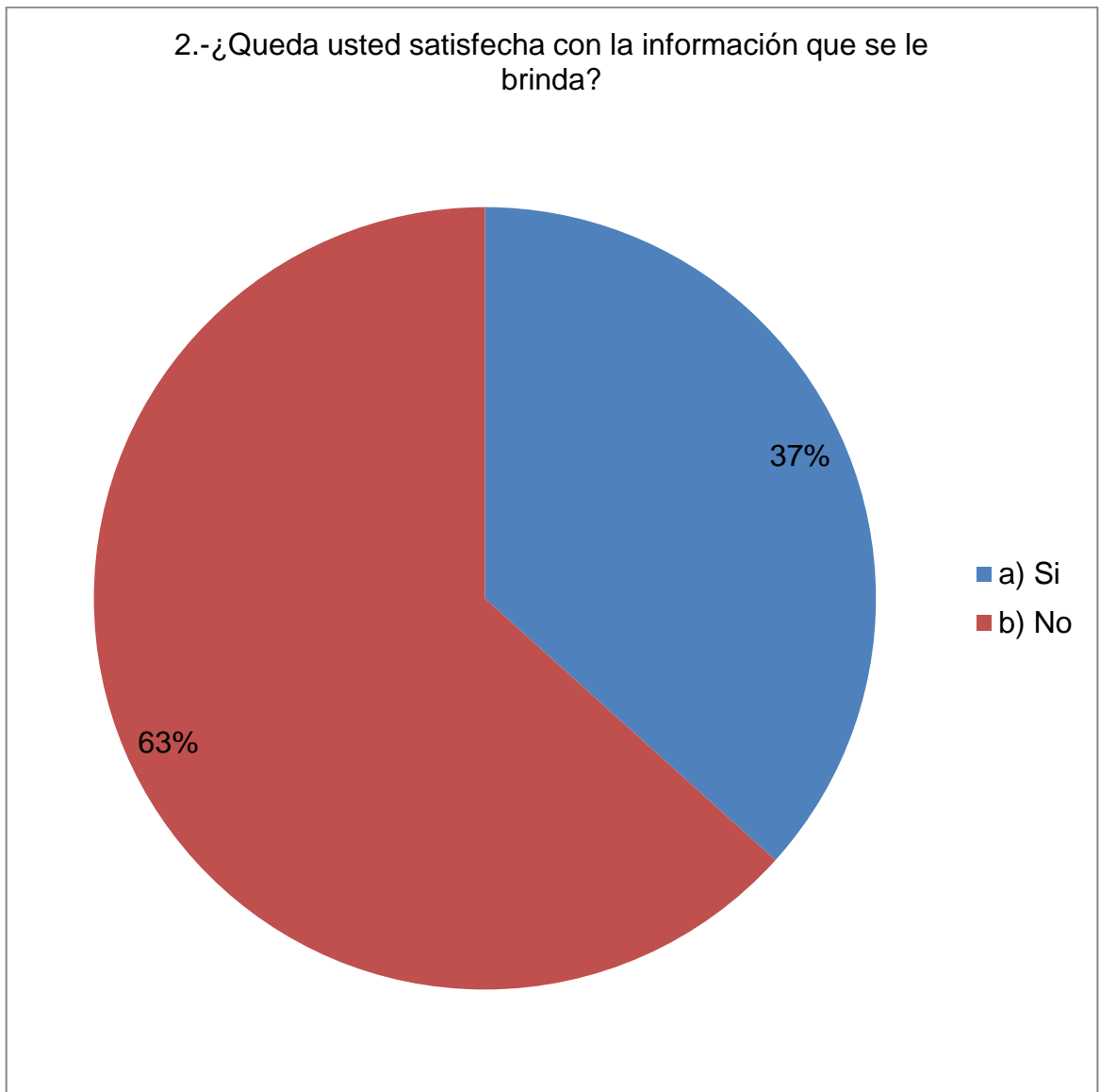
CAPITULO VI

RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

1.- ¿Cómo considera la orientación que le brindada la enfermera?

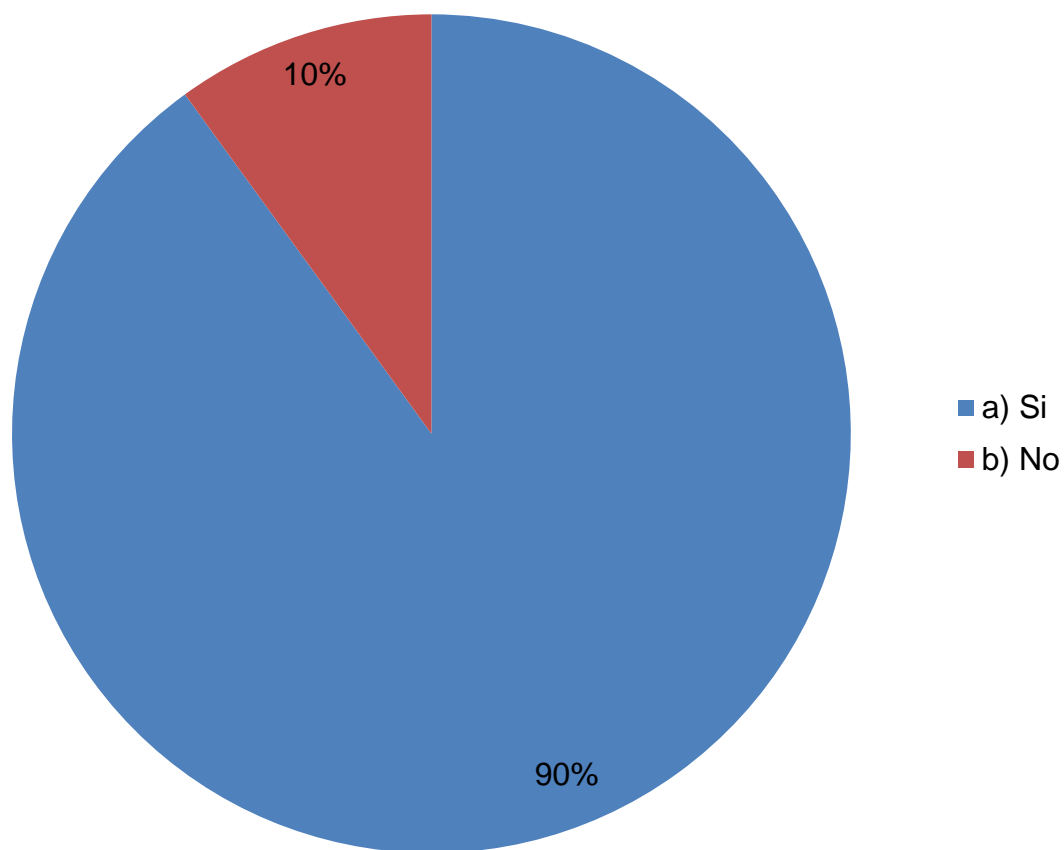


En la presente grafica se observa que la orientación brindada por parte del personal de enfermería es muy deficiente ya que el 50% de las usuarias encuestadas afirma q es de mala calidad.



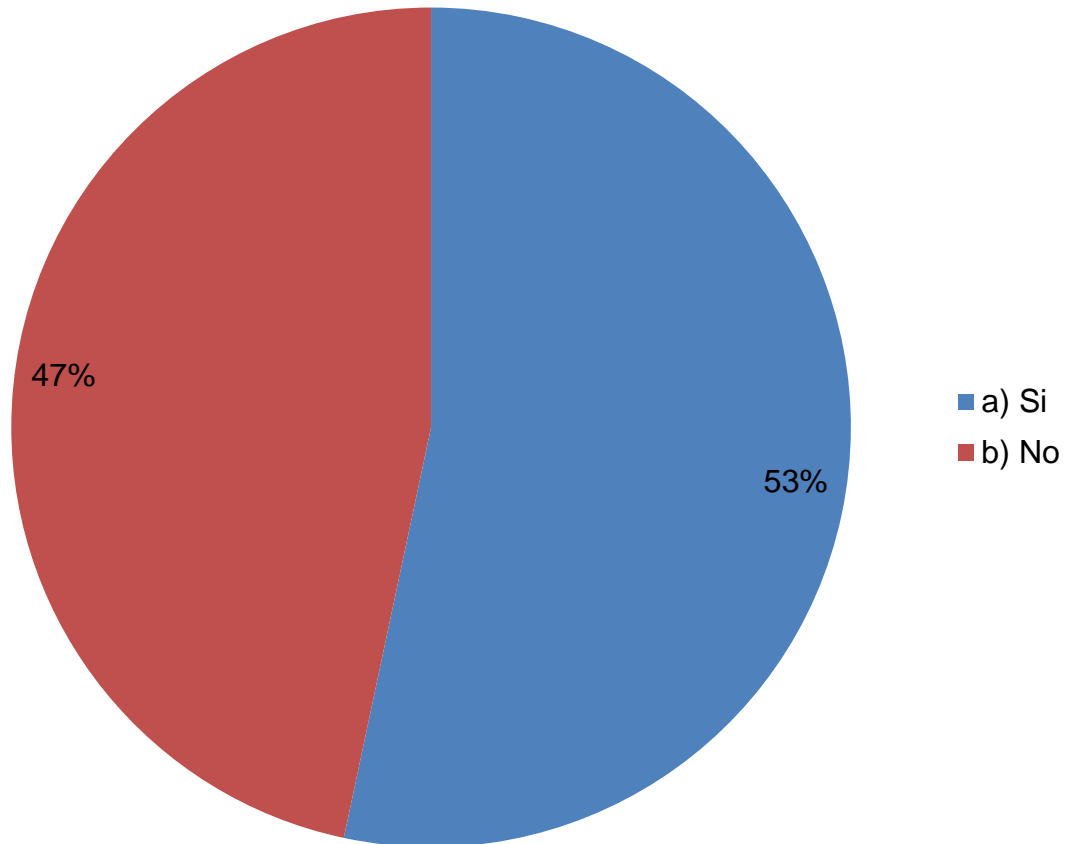
En la presente grafica se relaciona el resultado de la orientación brindada por parte del personal de enfermería ya que esta es deficiente el 63% de la población encuestada se encuentra insatisfecha.

3.-¿Cree usted que el personal de enfermería esta capacitado para aclarar todad sus dudas?



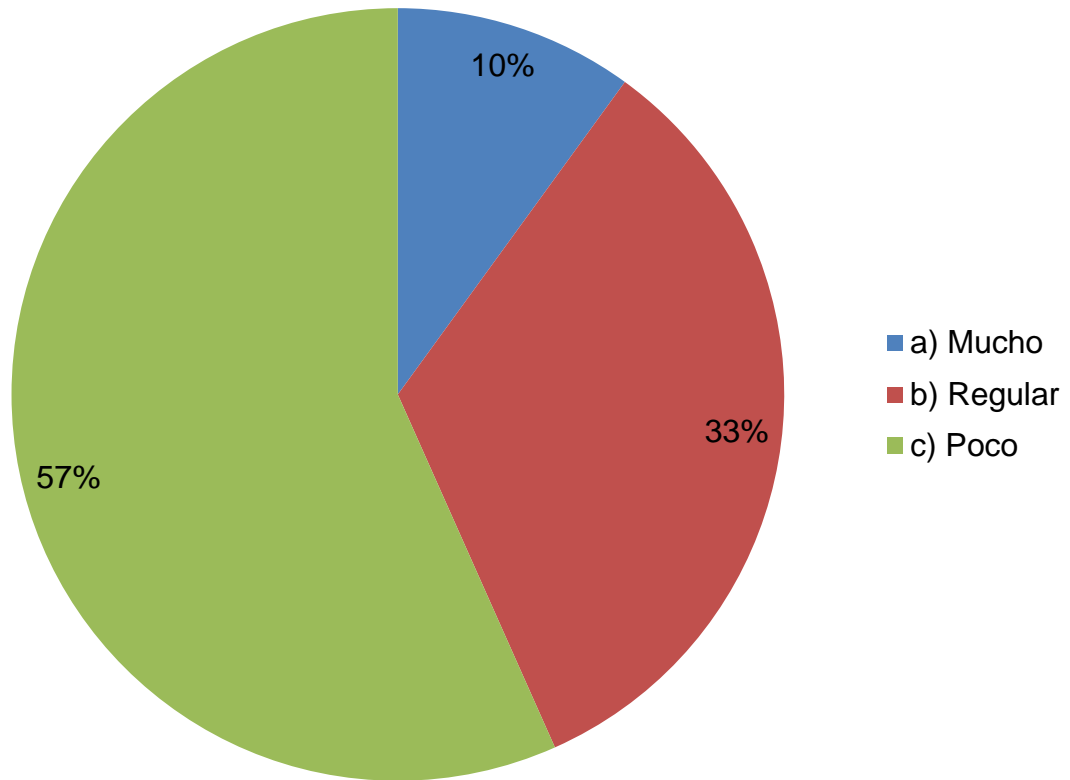
En la presente grafica se muestra que la debilidad percibida por parte de la población encuestada acerca de la orientación brindada por el personal de enfermería no radica en el déficit de conocimientos.

4.-¿El personal de enfermería le brinda la suficiente confianza para hacerle saber sus dudas?



En la presente grafica se nota el equilibrio que existe en la opinión de la población encuestada en cuanto a la confianza que existe de la relación enfermera-paciente.

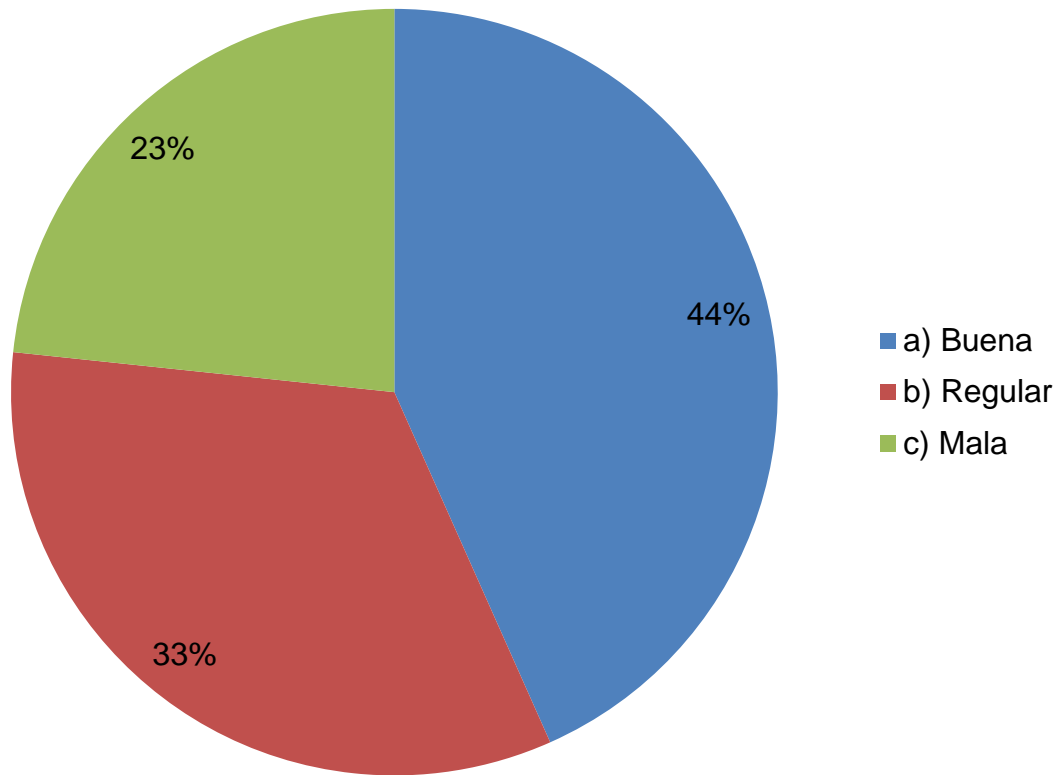
5.-¿Qué tanto conoce usted sobre la práctica de la cesárea?



La presente grafica representa que la mayoría de la población encuestada reconoce que su nivel de conocimientos es bajo en cuanto a la práctica de la cesárea.

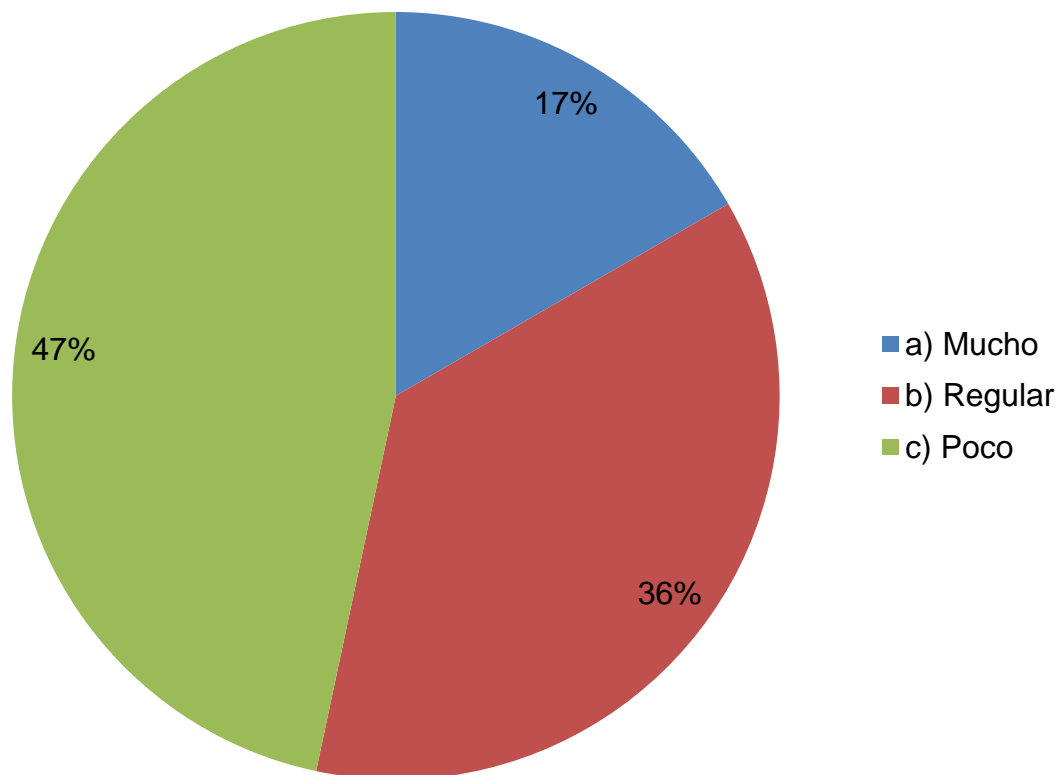


6.- En base a sus conocimientos, cree que la práctica de la cesárea electiva es:



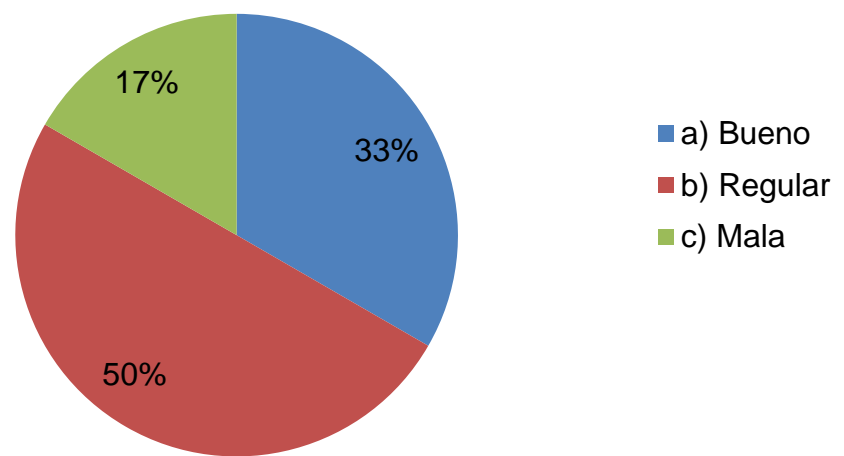
La presente grafica determina que la postura ante este procedimiento es regular.

7.- ¿Qué tanto conoce usted sobre la práctica del parto vaginal (fisiológico)?



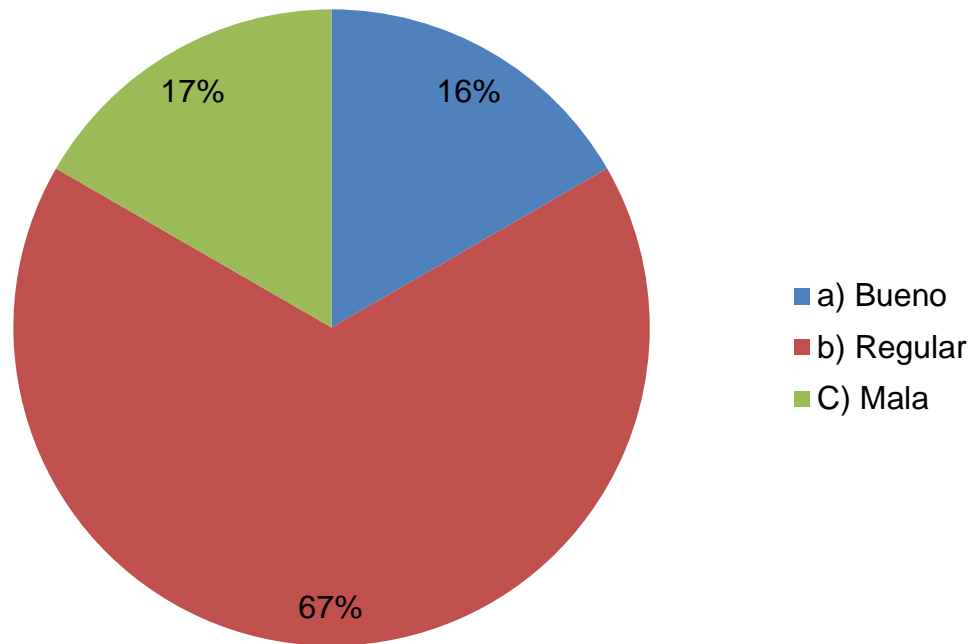
La presente grafica representa que la mayoría de la población encuestada reconoce que su nivel de conocimientos es bajo en cuanto a la práctica del parto vaginal..

8.- En base a sus conocimientos, cree que la práctica del parto vaginal (fisiológico) es:



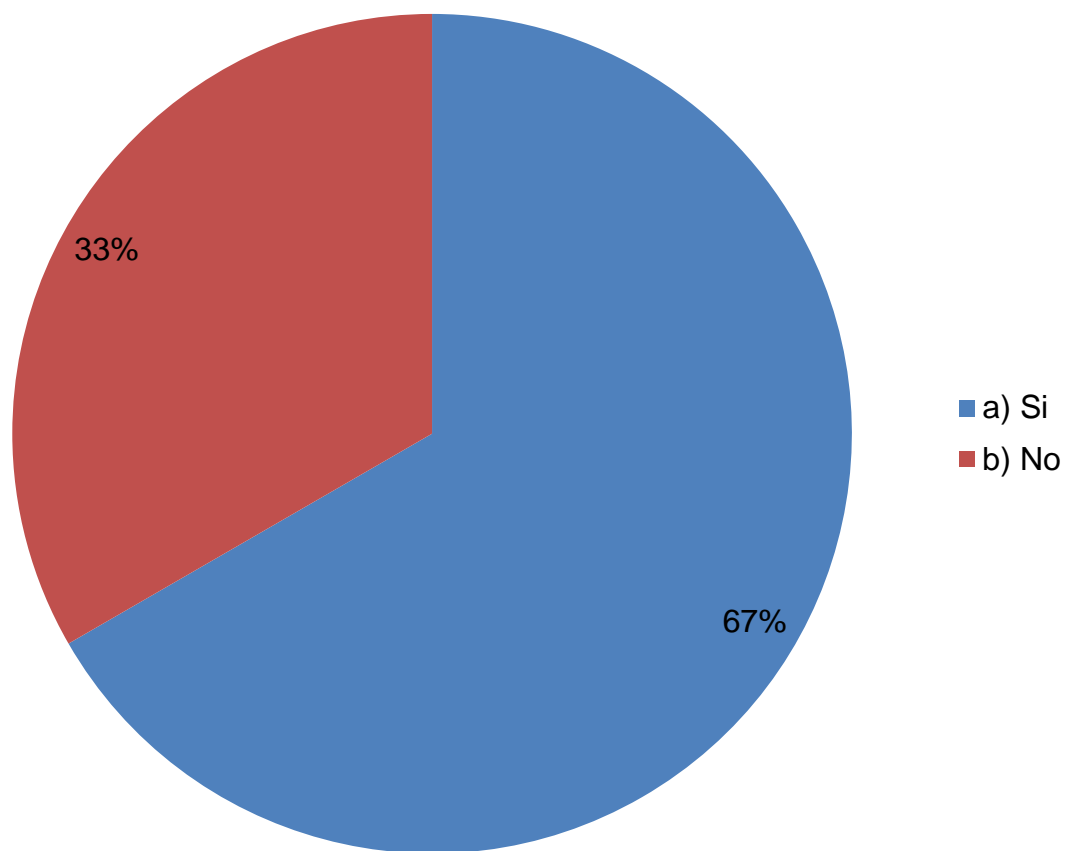
En el presente grafica se muestra que la mayoría de la población encuestada piensa que la práctica del parto vaginal es regular.

9.- ¿Cómo ha sido la interacción entre usted y el personal de enfermería?



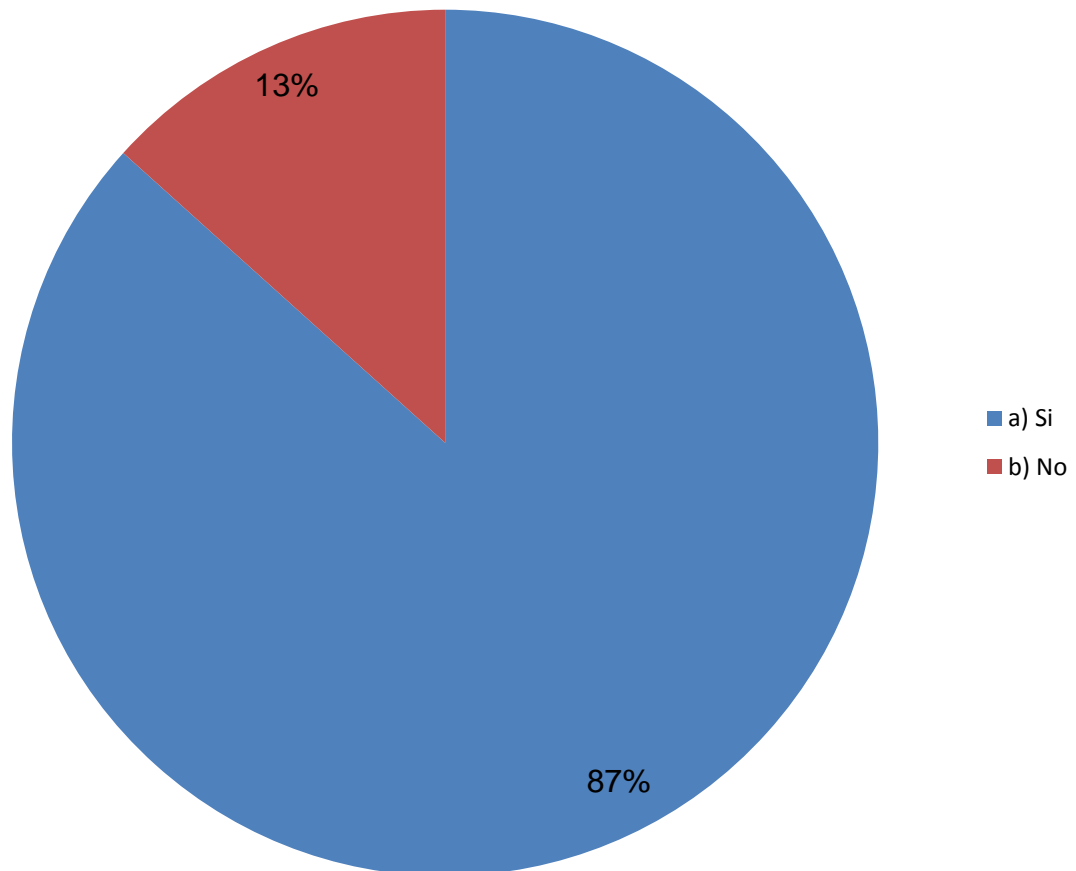
En la presente grafica se muestra que la interacción enfermera paciente ha sido regular.

10.- ¿Considera que es necesario capacitar al personal de enfermería sobre la forma en que debe transmitir una buena orientación?



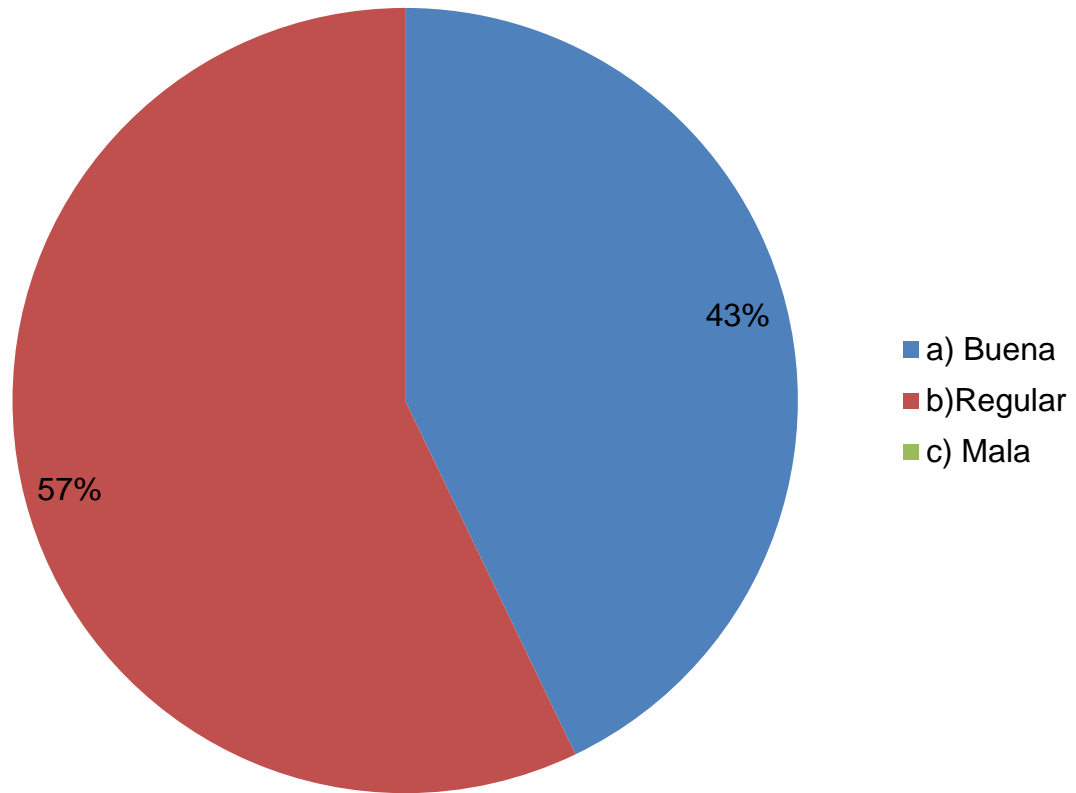
En la presente grafica se muestra que la mayor parte de la población encuestada cree que es considerable capacitar al personal de enfermería para mejorar la forma de transmitirles orientación.

11.- ¿Usted estaría dispuesto (a) a asistir a sesiones en las cuales el personal de enfermería les brinde información sobre los temas que usted considere importantes?



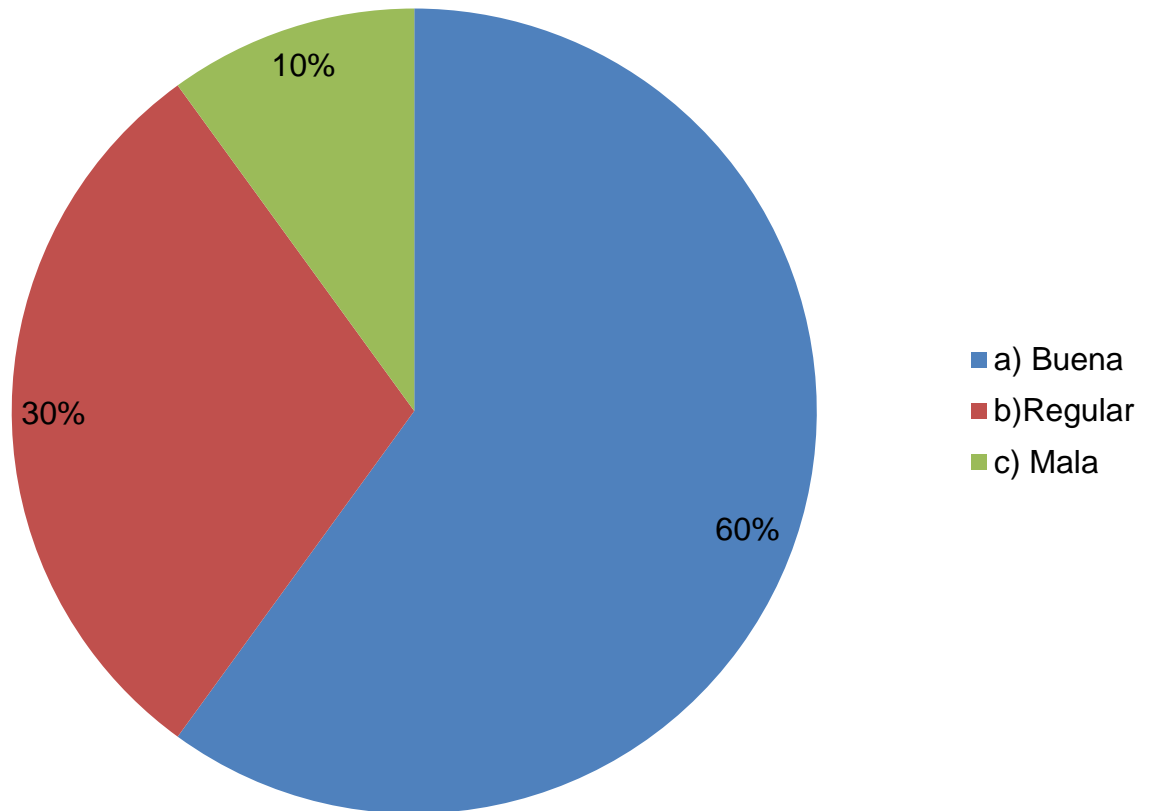
En la presente grafica se muestra que la mayoría de la población encuestada está dispuesta a asistir a sesiones y programas impartidos por el personal de enfermería, para así estar más capacitados sobre los temas de salud.

12.- ¿En general, a las consultas a las que ha asistido, como ha sido la información brindada por parte del personal de enfermería?



En esta gráfica, se muestra que la información enfermera-usuario, se encuentra en fase regular, ya que tiene el equivalente al 50% de la población encuestada

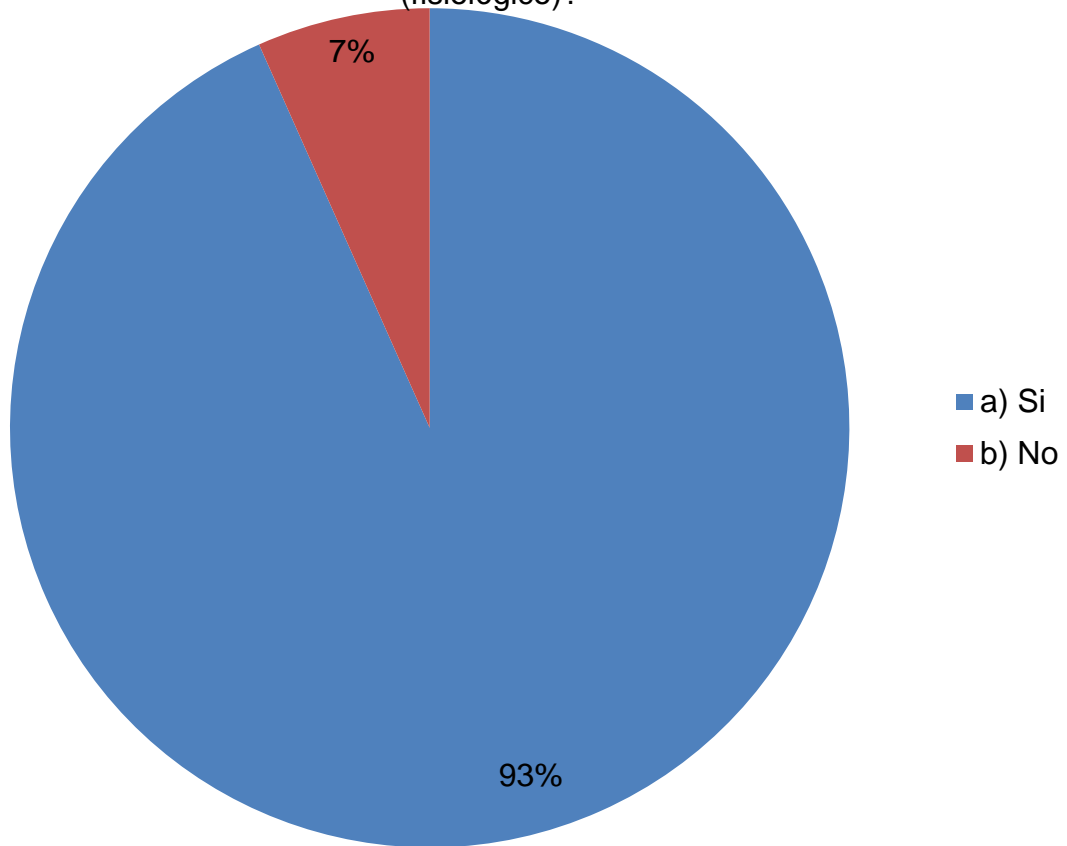
13.- ¿En general, a las consultas a las que ha asistido, como ha sido la atención brindada por parte del personal de enfermería?



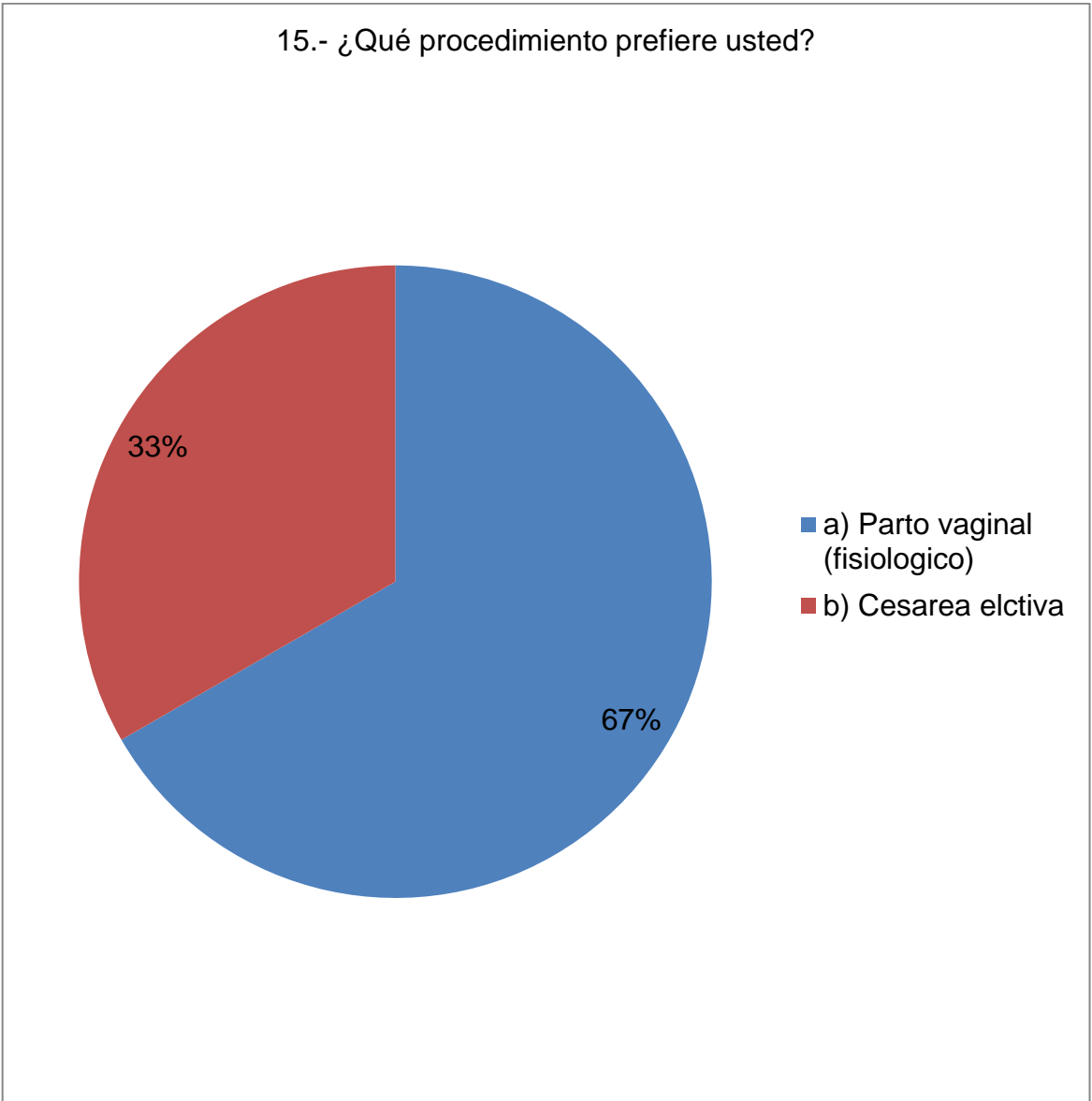
En la presente grafica se muestra que la mayor parte de la población encuestada, considera que la atención brindada por parte del equipo de enfermería es buena, ya que equivale a un 60%.



14.- ¿Considera que el personal de enfermería ayudo a tener una visión clara para tomar la mejor decisión entre si es mejor la cesárea electiva o el parto vaginal (fisiológico)?



En la presente grafica vemos que el personal de enfermería logro dar una información de calidad, para orientar a la población encuestada, por lo que el 93% de esta considera que ya puede tomar una decisión adecuada entre cesárea electiva y parto vaginal (fisiológico)



En la presente grafica se observa que en base a la información dada, la mayoría de la población encuestada que equivale a un 67% se inclina por el parto vaginal (fisiológico).

# CAPÍTULO VII

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Mediante la elaboración de este tema se puede concluir que la hipótesis es verdadera, ya que el nivel de información brindada por parte del personal de enfermería es insuficiente para que las usuarias obstétricas que acuden al servicio de consulta externa del HNSS puedan tomar una elección acertada entre la cesárea electiva y el parto vaginal (fisiológico), ya que en ocasiones la práctica de la cesárea no es algo necesario y esta se lleva a cabo sin siquiera ser requerida, esto implica un incremento en el tiempo de recuperación de la usuaria y deja a un lado la práctica del parto vaginal (fisiológico) que en la mayoría de los casos es la opción más acertada.

Como recomendaciones al profesional de enfermería se hace hincapié en mejorar la interacción enfermera-usuaria, para poder así proporcionar una información de calidad, eficaz y oportuna en la toma de decisiones sobre el procedimiento más conveniente para las usuarias obstétricas entre el parto vaginal (fisiológico) y la cesárea electiva.

Así mismo se debe tener en cuenta que la profesional de enfermería debe estar capacitada y dispuesta para así poder utilizar los métodos más convenientes para poder transmitir su conocimiento y contribuir de manera adecuada en la toma de decisiones de las usuarias obstétricas.

# BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Abreú García, G. R. (2006). Tecnicos Especialistas de Radiodiagnóstico Del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea temario Volumen 1. España: Mad.

Alcaraz Ortega, M. (2012). Historia del Hnss. México.

Alcaraz Ortega, M. (2012). Teorias de Enfermeria. México.

Ariza Olarte, C. D. (2008). calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado. Colombi: Pontificia Universidad Javierina.

Botella Llusía, J. C. (1993). Tratado de Ginecologia. España: Diaz de Santos S. A.

Cabero Roura, I. S. (2007). OSTETRICIA Y MEDICINA MATERNO-FETAL. Argentina.: Médica Panamericana.

Cabero, s. (2009). Operatoria Obstetrica: Una Visión Actual. México: Médica Panamericana.

Corominas, C. (2005). Embarazo y primer año de vida. España: Palabra, S.A.

Diccionario de medicina océano mosby. (2009). España: Oceano.

Duque Yepes, H. (2007). Los ciclos vitales del ser humano- tomo I. Bogota: San Pablo.

[http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D263.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D263.pdf). (s.f.).  
[http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D263.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D263.pdf). Recuperado el 11 de  
Febrero de 2012, de  
<http://books.google.com.mx/books?id=LhEXBzieIP0C&pg=PT76&dq=cuidados+de+enfermeria+en+el+preparto,+parto++y+postparto&hl=es&sa=X&ei=nu9JU3lGYv>

q2wXYt4D4DQ&ved=0CDcQ6AEwAA#v=onepage&q=cuidados%20de%20enfermeria%20en%20el%20parto%2C%20parto%20%20y%20post

Iglesias, P. M. (2012). el reformismo social y sanitario de concepción arenal una contribución a la identidad de la enfermería contemporánea. España: Club universitario.

Llusiá, J. B. (1997). El útero fisiología y patología. España: Diaz de Santos.

Lopez Muños, A. (2006). Histología especial humana.: Manual de prácticas. España: Universidad de Cadiz.

Molina Betancour, C. M. (2006). El Derecho al aborto en Colombia: pt. El Concepto Jurídico de Vida Humana. Colombia: Universidad de Medellín.

Muños, J. (1997). Fisiología: células, órganos y sistemas. México: Fondo de cultura económica.

Niswander, K. R. (1987). OBSTETRICIA Practica Clínica. España: Reverté, S. A.

OCDE. (2007). Cesáreas. Panorama de Salud 2007 Indicadores de la OCDE (pág. 78). España: OCDE.

Paredes Atenciano, J. A. (2003). Manual Practico Para Enfermeria. E-book. España: MAD, S.L.

salud, s. d. (2002). <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>. Recuperado el 17 de junio de 2012, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>

SECRETARIA DE SALUD. (18 de Octubre de 2004). PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY. Recuperado el 7 de Diciembre de 2011, de PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/p043ssa202.html>