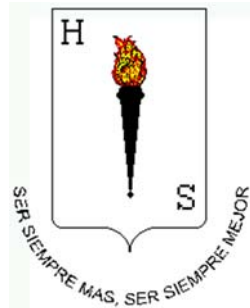


**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA
SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CLAVE: 8722



TESIS

COMPLICACIÓN DE LAS CESÁREAS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA

LAURA ESTEFANÍA CHÁVEZ ZAVALA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimiento

Principalmente gracias a Dios por ser nuestra guía, a Jesús por ser nuestra inspiración, modelo y por ser el ejemplo más grande de amor en este mundo, por permitirme llegar a concluir mis estudios.

Agradezco de todo corazón a mis padres, por su paciencia y apoyo durante todos estos años. La distancia que nos ha separado estos años no ha sido inconveniente para sentir sus ánimos, apoyo y cariño que han permitido seguir adelante para cumplir mis sueños. A mi padre, que con su ejemplo me empuja a ser una persona responsable y trabajadora, sin olvidarme de disfrutar de la vida. A mi madre, por su amor incondicional, su perseverancia y su ejemplo que me hace querer ser siempre una mejor persona. A mis hermanos les agradezco su alegría y por estar siempre allí, aunque estemos lejos, cuando regreso a casa me dan energía para seguir adelante y no rendirme.

Agradezco a la escuela de enfermería del hospital de nuestra señora de la salud. A mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

Dedicatoria

A mis padres que me demostraron la importancia de la vida, educación y el estudio y por ser la base que estructura mi vida.

A mis hermanos que dedicaron un poco de su tiempo en ayudarme con mis labores de la escuela en especial a mi querido hermano Marco Antonio que ha sido mi inspiración desde el momento que llegó a mi vida.

Me gustaría agradecer sinceramente a mi asesora de tesis, Gabriela, su esfuerzo y dedicación. Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación.

Índice

	Pag.
INTRODUCCIÓN	
<u>CAPITULO 1: ANTECEDENTES DE LA OPERACIÓN CESÁREA</u>	8
<u>1.1. Planteamiento del Problema</u>	26
<u>1.2 Justificación</u>	27
<u>1.3 Objetivos</u>	28
<u>1.4 Hipótesis</u>	29
<u>CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO</u>	30
<u>2.1 Cesárea</u>	34
<u>2.2 Indicación de las cesáreas</u>	35
<u>2.2.1 Indicaciones más frecuentes</u>	37
<u>2.4 Cesárea a Demanda</u>	47
<u>2.5 Complicaciones</u>	47
<u>2.5.1 Las Complicaciones Intra operatorias:</u>	50
<u>2.5.2 Complicaciones postoperatorias mediatas:</u>	50
<u>2.5.3 Complicaciones tardías:</u>	51
<u>2.6 Técnica Quirúrgica</u>	52
<u>2.7 Incisiones Abdominales</u>	52
<u>2.7.1 Laparotomía Mediana Infraumbilical</u>	52
<u>2.7.2 Incisión de Maylard</u>	53
<u>2.7.3 Incisión De Pfannenstiel</u>	53
<u>2.7.4 Incisión Cherney</u>	54
<u>2.7.5 Incisión de Joel Cohen</u>	54
<u>2.8 Perfil de la Enfermera Obstetra</u>	55
<u>2.8.1 Competencia de atención prenatal</u>	55
<u>2.8.2 Competencia de atención durante el parto.</u>	58
<u>2.9 Cuidados de la zona de cesárea</u>	59
<u>2.10 Cuidados de las heridas</u>	60
<u>2.11 Proceso Atención De Enfermería</u>	61
<u>Capitulo 3: ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN</u>	67

Capitulo 4: Propuesta de Intervención de la Enfermería..... 69

METODOLOGIA 72

Variables 77

CONCLUSION

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXO

INTRODUCCIÓN

La siguiente investigación sobre **complicación de las cesáreas e intervenciones de enfermería** tiene como fin dar a conocer las principales indicaciones del parto abdominal con sus respectivas complicaciones, y las intervenciones de enfermería.

Como tema central se basara en las complicaciones del parto abdominal, se hablara de las patologías más comunes que suceden dentro de un quirófano y durante el post-operatorio. Al igual que las intervenciones que realiza la enfermera con la paciente.

La enfermera tiene diferentes funciones desde el internamiento de la paciente hasta el momento de su egreso, debe de tener los conocimientos y la competencia para poder llevar un buen control durante la estancia hospitalaria, y durante su período que se encuentre en quirófano para poder reducir los niveles de incidencias.

Se mencionaran los tipos de incisiones quirúrgicas y su utilización en cada caso de acuerdo al grado de complicación del parto abdominal tomando la mejor decisión para conservar la vida del binomio madre-hijo.

Las acciones de enfermería abarcan todos los campos de estudio en la paciente obstétrica y se puede llevar un mejor control de las usuarias, desde el momento en que inicia su embarazo hasta la resolución de este, tomando en cuenta cual es el mejor tratamiento para la paciente y para la conservación de su salud.

Con esta investigación de igual manera se trata de hacer énfasis en cual es mejor manejo que se le debe de dar a las usuarias, respetando sus opiniones y orientarlas a que la decisión que tomen sea la más certera, y de igual manera el equipo de salud vea las ventajas y desventajas de realizar esta operación.

El embarazo es un estado fisiológico que inicia con la unión del ovulo con el espermatozoide (fecundación) y termina con el nacimiento de un nuevo ser. Y aunque es un proceso normal, es capaz por sí mismo de desencadenar patologías que ponen en peligro la vida de la paciente.

La paciente puede tener una evolución normal durante todo su embarazo y no presentar ninguna molestia ni signo de patología.

CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES DE LAS CESÁREAS

Las técnicas quirúrgicas para el parto abdominal se han ido modificando al pasar de los años por eso es de suma importancia la historia para así ver la evolución de estas y lo complicado que fue llegar al presente con técnicas viables para diferentes pacientes y tratamiento

Una palabra de origen latino, caedere o scaedere, que significa cortar, podría ser una de las 4 razones del origen de la denominación. Las otras 3 son: la ley regia de Numa Pompilius (siglo VIII AC) que impedía inhumar a la mujer muerta embarazada sin haber sacado previamente al niño por una incisión abdomino-uterina (ley de los cesáres); la leyenda cuenta que Julio César nació de esta modo y por último, los escritos atribuidos a Plinio, historiador de la antigüedad, que aseveraba que el primero de los cesáres nació por vía abdominal.

Varias ciudades que fueron fundadas, o embellecidas por emperadores romanos recibieron el nombre de Cesárea lo que permite crear una idea de que los romanos tienen mucho que ver con él. Una de ellas, en la costa del Mediterráneo, entre Galilea y Samaria, edificada por Herodes y que la nombró Cesárea por adulación a Augusto: es la Cesárea de Palestina, capital de Judea, después de la destrucción de Jerusalén. Su puerto y ruinas están casi cubiertos por las arenas. También está, entre otras tantas, la antigua ciudad de la Palestina bíblica en Siria, cerca de la frontera de Palestina y de las fuentes del Jordán, llamada así por el nombre de un hijo de Herodes. Próxima a sus ruinas se halla la actual aldea de Banias o Banya. En ella fue curada por Jesucristo la mujer hemorroisa, de que habla la Biblia.

Si intentáramos hacer una clasificación de la historia de la cesárea nos gustaría referirnos a la que hizo Cifuentes en la que señala que ésta puede dividirse en una parte anecdótica y mitológica y otra científica. La primera se emparenta con los tiempos lejanos donde el nacimiento por cesárea era algo misterioso y sobrenatural. Según la mitología clásica, tanto el

nacimiento de Esculapio como el de Baco fueron por cesárea. En la mitología griega hay referencias a nacimientos de dioses o semidioses por vía abdominal, como el que se refiere a Hermes que sacó a Dionisio por mandato de Zeus del vientre de Semele, y Apolo, que abre el abdomen de Corinis, muerta por Artemis, y saca a Esculapio.

Es bueno destacar que existieron leyes relacionadas con este proceder. La ley romana llamada “Lex Regia” del año 715 a. C establecía que cualquier mujer con embarazo avanzado debía ser operada poco después de la muerte, si el niño estuviera vivo.

Antes de 1500, el Islam se oponía a este tipo de procedimiento y señalaba que cualquier niño nacido por este método era descendiente del demonio y debía ser sacrificado.

La iglesia cristiana estaba a favor de la operación, preocupada en la salvación de vidas y almas. El Mischnagoth, publicado en 140 a.c y el Talmud, hacen referencias a nacimientos por cesáreas y los ritos de aquellos nacidos mediante esta operación.

Precisamente es en el Talmud donde se relata el nacimiento de Indra y se detalla cómo se negó a nacer por vía natural. Ejemplos afines los encontramos en el caso de Buda, del cual se afirma una creencia muy antigua, que nació del costado de su madre, o el caso de Brahma, de quien se dice que emergió a través del ombligo materno.

El primer registro de un niño nacido mediante cesárea fue en Sicilia, 508 a.c según Boley. Cuando se revisa el tema, sea visto que diferentes autores se refieren a distintos momentos en los que según ellos esto ocurrió, pero para esta revisión, la más lejana encontrada fue esa. En Roma se les llamó Caesones a los nacidos por dicha vía, lo que significa que se hacía con alguna frecuencia.

La historia científica y registrable en su mayoría comienza en lo que algunos autores consideran el segundo período de la historia de la cesárea y que cae después de 1500. La primera referencia histórica a la realización de una cesárea en una mujer viva corresponde a la practicada por Nufer en 1500. Empleó una navaja de rasurar y el niño nació vivo. La madre tuvo 5 hijos más, lo que pudiera señalarse como uno de los primeros partos vaginales después de una cesárea, aspecto que en la actualidad cobra vigencia y defensores.

En 1582, Rousset publica un libro en el que por primera vez se apoya el uso de la operación en mujeres vivas. Paré (1510-1590) tuvo una opinión opuesta a Rousset y no aceptaba la utilización de la operación en mujeres vivas. Él observó 2 operaciones en las que las madres murieron y un caso exitoso. Guillemeau escribió su libro “Chilbirth or the Happy Delivery of Women” donde dedica un capítulo a las razones para oponerse a la cesárea. Escipio Mercurio, un cirujano del Padua del siglo XVI, comentó en “La Commare Riccoglitrice” acerca del uso de esta operación cuando no era posible el parto normal. Hendrik van Roonhuyze de Amsterdam, en su libro “Obserb de Morbis Mulier” refiere que un médico llamado Sonnius hizo la operación en 7 ocasiones a la esposa de Roonhuyze. Trautmann de Wittenberg en Nurtemberg, Alemania, en 1610 para algunos y en 1620 para otros, practicó una cesárea en una mujer viva en presencia de 2 parteras. La mujer murió a los 25 días por sepsis. Algunos señalan este hecho como el primer documento indiscutiblemente auténtico sobre la cesárea en una paciente viva.

En 1637, Teófilo Raynayd en su obra “De ortu infantium contra naturam persectionem Caesarean” describe 3 casos afortunados. Mauriceau en su libro “The diseases of Women with child and child bed” criticó a quienes aconsejaban hacer la operación. Únicamente consentía la operación postmortem. Jubert publicó 2 casos afortunados en 1693 y Laskish refirió un caso favorable en el “Acta erudit Lips ann” en ese mismo año.

Con la llegada del siglo XVIII, los obstetras se dieron cuenta de que la operación cesárea, a pesar de su marcadísima mortalidad, constituía un reto que necesariamente tendrían que aceptar. No quedó más camino que el de la experimentación.

En 1769, Jean Le Bas de Muolleron (1717-1797), profesor en Montpellier, fue el primero en indicar la sección transversal en la operación cesárea, y también el primero en intentar la sutura de la herida uterina, pero el fatal resultado de sus experimentos provocó la intrascendencia de sus planteamientos.

La incisión uterina baja tuvo como pionero al inglés Robert Wallace Johnson en 1786; y la incisión transversa baja al francés Théodore- Etienne Lauverjat (?-1800), estudioso de la técnica de esta operación, quien en 1788, vísperas de la Revolución Francesa, publica una extensa monografía titulada: “Nuevo método de practicar la operación cesárea y paralelo a esta operación la sección de la sínfisis de los huesos del pubis”. No obstante, ninguna de estas incisiones adquirió relevancia antes de 1882.

Hasta entonces, los obstetras temieron efectuarlas por causa de la hemorragia que podría producir la sección de las venas uterinas en ese sector del útero. Durante los casi 100 años siguientes, ninguna madre sobrevivió en París a la operación cesárea.

La impresionante mortalidad, unida a la introducción de la no menos compleja sinfisiotomía por Jean René Sigault el 1 de Octubre de 1777, al desarrollo de las técnicas fetotómicas, y al cada vez más popular uso de fórceps para los partos difíciles, provocaron que la práctica de la cesárea fuera víctima de agudas polémicas y recias prohibiciones.

En 1794 el tocólogo norteamericano Jesse Bennet lleva a cabo la primera operación cesárea practicada en mujer viva en los Estados Unidos, siendo su propia esposa la paciente. Un año antes, el cirujano James Barlow de Blackburn en Lancashire, realizó la primera cesárea con éxito en Inglaterra, al extraer un feto muerto a través de una incisión de 13 cm en el lado izquierdo de la línea media de la paciente Jane Foster.

Federico Benjamín Osiander (1759-1822), profesor de la Universidad de Gotinga y representante de la más atrevida tendencia operatoria, asiste a una mujer en el parto a través del segmento inferior, en el año 1805, siendo el antecedente más directo de la operación cesárea cervical baja. Aunque la paciente falleció (como en el siguiente caso reportado por él), Osiander pensó, al igual que su compatriota J.C.G. Joerg un año después, que con este tipo de incisión los peligros de la hemorragia y de infección eran menores que en la operación convencional.

En 1820, el médico español Alfonso Ruiz Moreno ejecutó en Venezuela la primera cesárea abdominal realizada *in vitam* en Latinoamérica. La paciente, María del Rosario Olivera Ortiz, murió dos días después de la operación, pero el niño logró sobrevivir. Un año más tarde, en Giessen, Alemania, el austriaco Ferdinand August Maximilian von Rietgen (1787-1867) intentó llevar a cabo la primera operación extraperitoneal y así evitar la contaminación del peritoneo. Para esto buscó acceso a la bóveda vaginal desde arriba, a lo largo del lado derecho de la pelvis. La operación no tuvo éxito y la paciente murió.

Dos años después, L.A. Baudelocque propone una operación similar y la nombra “gastroelitrotomía”. Esta operación sería realizada 50 años después por el norteamericano T.G.Thomas y un compatriota neoyorquino, y ambos, por separado, lograron la supervivencia de la madre y el niño.

En 1824, Phillip Syng Physick (1768-1837) junto a William Edmund Horner (1793-1854), ambos profesores de anatomía de la Universidad de Pensilvania, propusieron otro tipo

de cesárea extraperitoneal, recomendando una vía supravesical suprapúbica que desviaba el peritoneo de la vejiga distendida para llegar al cuello del útero. Desafortunadamente, los médicos de su tiempo no aceptaron la propuesta; pero el escabroso camino hacia la verdad comenzaba a mostrar sus primeros claros.

Anestesia y Antisepsia

Para que el desarrollo de la operación cesárea y de la cirugía en general comenzara a ser realmente palpable, fue necesario buscar la solución a dos problemas claves dentro de la especialidad: un método preciso para aliviar el insostenible dolor de las intervenciones quirúrgicas y una medida eficaz para la prevención de las infecciones que casi en la totalidad de los casos conducían a la muerte.

En Enero de 1847, el renombrado ginecólogo y obstetra inglés James Young Simpson (1811-1870) consideró inadecuado el uso del éter sulfúrico (anestésico introducido el 16 de octubre de 1846 en los Estados Unidos) en la obstetricia, y decidió probar los efectos del cloroformo, sustancia descubierta por el colono norteamericano Samuel Guthrie en 1831 y dada a conocer por Liebig y Woehler en 1837. El 8 de noviembre de 1847, Simpson suministró con éxito cloroformo a la esposa de un colega durante el parto, y la niña fue bautizada con el nombre “Anaesthesia”.

Simpson empezó a fomentar el uso del cloroformo sólo en obstetricia, sino también para sustituir el éter en la cirugía. El hecho de abolir los dolores del parto suscitó reparos morales y religiosos, pero todas las reservas se desvanecieron cuando el obstetra John Snow (1813-1858), considerado el padre de la epidemiología contemporánea, suministró cloroformo a la reina Victoria durante el nacimiento del príncipe Leopoldo en 1853, y la reina aprobó inmediatamente la aplicación del método.

En el mismo año 1847 y ante la Sociedad Médica de Viena, otro obstetra, el húngaro Ignác Fülöp Semmelweis (1818-1865), afirmó que la fiebre puerperal se transmitía por la falta de limpieza de las manos del personal que asistía el parto, siendo el primero en reconocer la principal causa de la mortalidad puerperal, que en aquella época ascendía a cifras muy elevadas.

Semmelweis, que había asistido a la autopsia de un colega muerto a consecuencia de una infección contraída durante una disección cadavérica, notó que los fenómenos anatomopatológicos eran similares a los observados en las autopsias de las mujeres muertas de fiebre puerperal, y pensó que la infección puerperal debía tener el mismo origen.

Enseguida comenzó Semmelweis a prescribir cuidadosos lavados de manos con cloruro de calcio, notando de inmediato la rápida disminución de la mortalidad en su departamento, en contraste con el resto de las secciones, donde los estudiantes examinaban a las púerperas después de recibir la lección de anatomía patológica en el teatro anatómico. La relevancia de su descubrimiento, Semmelweis fue combatido y perseguido por todos los grandes tocólogos de su país, y la feroz hostilidad que desató su libro “Die aetiologie, der begriff und die prophylaxis des kindbettfiebers” publicado en 1861, lo arrastró hacia una temprana locura que acabó con su vida la mañana del 13 de agosto de 1865, en un manicomio de Viena.

Un año después de publicado el libro de Semmelweis, el ilustre científico francés Louis Pasteur (1802-1895), tras numerosos estudios sobre la bioquímica de la fermentación, prueba la existencia de las bacterias y vislumbra el protagonismo de estos organismos en las infecciones, cuestión Arencibia– Operación Cesárea que probara Robert Koch (1843-1910) años más tarde. Animado por los estudios de Pasteur e impresionado por la gran mortalidad observada en las amputaciones, el profesor de cirugía de la Universidad de Glasgow Joseph Lister (1827-1912) comenzó a estudiar la posibilidad de esterilizar la sala de operaciones, impidiendo con esto la formación de microbios patógenos.

Luego de probar con varias sustancias, es finalmente con el ácido fénico, el 12 de Agosto de 1865, un día antes del deceso de Semmelweis, cuando da resultado su experimento, sirviéndose de un pulverizador con el que el spray de fenol se difundía por todo el campo operatorio.

Lord Joseph Lister, hijo del gran imperio inglés, recibió en vida los honores que Semmelweis nunca pudo disfrutar; pero el tiempo se encargó de poner a ambas figuras sobre un mismo pedestal. Veinte años después de su hallazgo, Semmelweis fue reivindicado. La revolución que trajo consigo tanto la introducción de la narcosis y la anestesia, permitiendo largas y delicadas operaciones con ausencia de dolor, como el tratamiento antiséptico del campo operatorio, hizo que ambos descubrimientos se erigieran como pilares fundamentales del triunfal progreso de la cirugía durante la segunda mitad del siglo XIX y el inicio de la era contemporánea.

La Hazaña De Porro

La nueva era de la operación cesárea comienza en 1876, cuando el cirujano italiano Edoardo Porro (1842-1902), profesor en Pavía y luego en Milán, describió en un trabajo muy detallado la primera cesárea seguida de histerectomía con éxito para la madre y el niño. Tomando en cuenta que la causa principal de la mortalidad de la operación cesárea radicaba en la hemorragia y sobre todo, en la peritonitis, y que la infección partía casi exclusivamente del útero, era necesario encontrar un método que permitiera excluir al útero como fuente de peligro. No fue Porro, el primer individuo en concebir la idea de extirpar el útero en el momento del parto abdominal.

En 1768 Joseph Cavallini, médico de Florencia, describió su trabajo experimental sobre operación cesárea e histerectomía en animales de laboratorio, y aunque nunca ejecutó la operación en una mujer, sus investigaciones estimularon a otros autores a considerar más formalmente la posibilidad de tal operación. G.P. Michaelis en 1809, y James Blundell en 1823, aunque también limitaron su experiencia a animales de laboratorio, arguyeron con temas

persuasivos que podría efectuarse con buen éxito la histerectomía después de la cesárea en la paciente obstétrica.

En Boston, Horatio Robinson Storer ejecutó la primera cesárea con histerectomía en una paciente viva, durante el año 1869. La intervención quirúrgica fue necesaria por encontrarse obstruido el canal del parto por un gran tumor pélvico. Después del nacimiento de la criatura, Storer ejecutó una histerectomía subtotal debido a una hemorragia calificada de espantosa por su asistente G.H Bixby, y que a juicio de Storer ponía en peligro la vida de la paciente. Aunque el útero fue resecado satisfactoriamente, la paciente murió tres días después de la operación.

Siete años más tarde, con base en los experimentos hechos con animales y teniendo en cuenta la experiencia de Joseph Cavallini, Porro dio el primer paso para desanudar el gran nudo gordiano en que se había convertido la operación cesárea para la cirugía obstétrica. Nadie había sobrevivido en Pavía a una cesárea antes de que Porro la practicara en Julia Cavallini, una enana primípara de 25 años de edad y 1,24 m de estatura, con una configuración pélvica tan distorsionada debido al raquitismo sufrido durante la niñez, que ningún instrumento podía pasar a través del canal del parto hacia la cabeza del feto. Porro y sus colegas acordaron que la cesárea era la única posible solución, y decidieron amputar el útero si una seria hemorragia ocurriera durante la intervención.

Siete horas después de iniciado el trabajo de parto, una vez suministrado cloroformo a la paciente, se penetró al útero verticalmente y un saludable niño fue asistido. El útero sangró profusamente y Porro lo extrajo de la incisión, tratando infelizmente de controlar el sangrado con los dedos. Entonces, circundó el fondo uterino y el ovario izquierdo con un dispositivo en forma de lazo, denominado constrictor de Cintrat y lo apretó hasta que el sangrado se detuvo. Luego amputó la parte del útero por encima del constrictor, y cerró el abdomen con el muñón uterino suturado en la parte inferior de la incisión abdominal. La paciente de Porro sobrevivió con el muñón cervical todavía adherido a la pared abdominal anterior, después de un curso

postoperatorio muy turbulento de 40 días de duración. La técnica fue publicada en Milán, en el propio año 1876, con el título: “Della amputazione utero-ovarica come complimento di taglio cesareo”.

El trabajo de Porro suscitó gran interés en otros investigadores, y poco después de ser conocida, la nueva técnica comenzó a perfeccionarse constantemente. Peter Müller (1836-1923), ginecólogo de Berna, describió la primera modificación de la técnica de Porro; el 4 de febrero de 1878 Müller operó a una paciente con más de 72 horas de parto que presentaba un cuadro de corioamnionitis. Müller extrajo el útero de la cavidad peritoneal y lo elevó sobre la pared abdominal antes de practicar la incisión de la histerectomía, y pretendía con esta maniobra evitar el escape de líquido amniótico infectado a la cavidad abdominal. Aunque el feto en este caso murió en útero, la madre sobrevivió.

En 1880 Robert P. Harris, de Estados Unidos, revisó la literatura mundial y describió 50 casos de esta operación publicados en siete países, dando a conocer un índice de mortalidad materna del 58 %, y un índice de supervivencia fetal del 86 %, resultados muy positivos para la época. Todos los casos, incluso el de Porro, se trataban de histerectomías de tipo subtotal, por lo que el mérito a la primera cesárea con histerectomía total se le atribuye al ginecólogo inglés Thomas Spencer Wells (1818-1897), quien ejecutó la intervención debido a que la paciente padecía un carcinoma cervical invasor.

Si en la primera operación realizada por Porro se dejaba el muñón del cuello uterino fuera del peritoneo, más tarde se adoptaría la técnica del muñón intra y retroperitoneal, y por último se pasó a practicar la inversión del muñón en la vagina. El primer caso de histerectomía cesárea en Cuba fue reportado el 10 de Agosto de 1900 por el obstetra cubano Jorge Le Roy Cassá (1867-1934), ayudado por el también notable tocólogo Ernesto de Aragón Muñoz, padre (1868-1920), y fue publicado con el título “Presentación de tronco. Ruptura uterina. Operación de Porro” en la revista Progreso Médico, de 1900. Un año después, la casuística aportada por el

italiano Ettore Truzzi (1855-1922) mostraría una mortalidad materna de un 25 % y una mortalidad infantil de un 22 % aproximadamente.

No obstante sus múltiples ventajas, el carácter radical de la operación de Porro constituía un serio inconveniente, y se hizo necesario estudiar la posibilidad de evitar el peligro de infección y la hemorragia sin tener obligatoriamente que mutilar el útero.

La Sutura De Sangre

Otro de los temas controversiales asociados a la operación cesárea fue, desde 1581, la sutura de la incisión uterina. En su célebre tratado del siglo XVI, tanto en su versión francesa como en su traducción al latín en 1590 por Caspar Bauhim, Rousset juzgaba letal la sutura del útero, basado ante todo en especulaciones teóricas que inexplicablemente tuvieron gran aceptación.

En 1769, Le Bas de Moulleron reporta por primera vez el uso de suturas para cerrar la pared uterina, y a pesar de algunas citas contradictorias, sus resultados no parece que fueran positivos. Las suturas que no podían ser retiradas siempre aparecían en la autopsia rodeadas de tejido necrótico e intensa supuración. Desde entonces, la sutura uterina fue continuamente rechazada y nunca se supo reconocer su trascendental importancia antes de 1880, a pesar de haber sido propuesta nuevamente por Bernhar Breslau en 1866.

Sin embargo, existen antecedentes que merecen ser destacados. Jean Marion Sims (1813-1883), notable cirujano norteamericano, inventor del espéculo que lleva su nombre y operador magistral de la fístula vesicorrectal, durante 1851 reportó el cierre exitoso de una fístula vesicovaginal con sutura de plata. Entre 1867 y 1880 fueron reportados en Norteamérica

numerosas incisiones uterinas cerradas con sutura de plata, lo cual indicaba que los pasos a seguir en el futuro deberían estar orientados hacia esa dirección.

En el año 1882, los ginecólogos alemanes Ferdinand Adolf Kehrer (1837- 1914) y Max Sangre (1853-1903) introducen con éxito la sutura de plata y seda para cerrar el útero luego de una operación cesárea. Aunque Kehrer se adelantó en unos meses a su compatriota, ya que realizó la operación el 25 de Septiembre de 1881, es el nombre de Sängner generalmente el que se asocia a esta revolucionaria innovación dentro de la cirugía obstétrica. La técnica de Sangre consistía en incidir longitudinalmente el cuerpo del útero en su cara anterior, erigiéndose muy pronto en Alemania como la norma de la operación clásica, y puesto que no sacrificaba el útero se conoció también como “operación cesárea conservadora” (en contraposición con la operación cesárea “radical” de Porro). Kehrer, por su parte, practicó con éxito la incisión transversa en el segmento inferior del útero, técnica que los obstetras de su tiempo, cegados ante la fácil maniobrabilidad de la técnica de Sangre, dejaron pasar inadvertida.

Max Sängner, de gran reputación como cirujano de la Universidad de Liepzig, realizó su incisión vertical media en una paciente cuyo canal de parto se hallaba obstruido por un inmenso tumor fibroide. Luego de extraer el feto, Sängner reparó el útero con sutura de plata, invirtiendo la superficie serosa del útero de modo que una segunda capa de sutura de seda podía ser usada para cerrar la superficie peritoneal. Este cierre por capas sellaba eficazmente tanto el útero como la cavidad peritoneal, de manera que disminuían las posibilidades de hemorragia e infección sin necesidad de extirpar el útero.

Las técnicas aportadas por Sängner y Kehrer, encaminadas a aislar de un modo seguro y duradero la cavidad peritoneal, convirtieron la operación cesárea en una intervención de considerablemente menor riesgo. Al ser introducido el cierre de la musculatura uterina por sutura y la aproximación de los bordes peritoneales, e insistir en la meticulosa atención preoperatoria y el cuidado en los detalles asépticos, la mortalidad materna comenzó a descender vertiginosamente, y la cesárea dejó de ser utilizada como un último recurso después de largas

jornadas de parto. Sin embargo, aún existía riesgo de peritonitis y sepsis postoperatoria, y se hacía necesario desarrollar nuevas técnicas, por lo que comenzaron a idearse métodos para efectuar la operación cesárea extraperitoneal.

Cesárea Extraperitoneal

El principio en que se basó el uso del acceso extraperitoneal durante el parto por cesárea, fue evitar la diseminación de productos infectados desde el interior del útero a la pelvis y cavidad abdominal, lo que a menudo inducía formación de absceso, necesidad para intervención operatoria adicional con objeto de tratar las complicaciones y, no rara vez, pérdida de la capacidad reproductiva. El procedimiento, no obstante, era sumamente difícil, exigía tiempo, en ocasiones provocaba lesiones de vejiga y uréteres y con frecuencia se abría inadvertidamente la cavidad peritoneal; aunque si se suturaban los cortes hechos accidentalmente en el peritoneo, el curso de las pacientes era mejor que al efectuar la operación clásica de Säger.

En el año 1907, el alemán Fritz Frank (1856-1923), ginecólogo de Colonia, tras haber ganado fama con su operación cesárea con exclusión transperitoneal en 1906, propuso en esencia la misma operación extraperitoneal ya sugerida por Physick y Horner a principios del siglo XIX. Otro alemán, H.Sellheim, no obstante haber realizado con éxito tres operaciones de ese tipo, descartó el método por considerarlo muy difícil y optó por otros de exclusión peritoneal que tuvieron mayor aceptación.

El cirujano austriaco Wilhelm Latzko (1863-1945) en 1909, y el ginecólogo alemán Otto Küstner (1848-1831) en 1912, modificaron la operación sugerida por von Rietgen y Baudelocque para poder llegar al segmento inferior uterino, evitar los grandes vasos del ligamento ancho y reducir al mínimo el peligro de fistulas ureterales y en la vejiga. En la operación de Latzko, así como en la mayoría de sus modificaciones, el acceso al segmento

uterino inferior se producía desde la izquierda, ya que de este lado se disponía de mayor espacio debido a la dextrorrotación del útero.

Más de una docena de técnicas de operación cesárea extraperitoneal fueron sugeridas en la primera mitad del siglo XX, las que se dividían en dos tipos principales que solo diferían en el método para evitar la vejiga y llega al segmento uterino inferior. La operación cesárea extraperitoneal paravesical tuvo como exponentes principales al alemán Albert Döderlein (1860- 1941) y al propio Latzko, en 1908 y 1909 respectivamente, así como a los norteamericanos F.C.Irwing en 1940 y J.F. Norton en 1946.

Este último reportó una mortalidad materna de 1,87 por cada 100 pacientes operadas utilizando su método. La operación cesárea extraperitoneal supravesical, por su parte, fue desarrollada por E.W.Cartwright desde 1937, así como por los también estadounidenses E.G.Waters y J.V.Ricci en 1940, quienes dieron nuevo impulso a los estudios para desarrollar y perfeccionar métodos que disminuyeran las dificultades técnicas existentes en la separación de la desviación del peritoneo de la bóveda de la vejiga.

Es precisamente durante las décadas del cuarenta y cincuenta cuando esta operación tuvo mayor aceptación, gracias a la influencia de los obstetras norteamericanos. Numerosas modificaciones fueron introducidas, entre las que se destacan las realizadas por los chilenos J.Puga y H. Sandhueza; la del francés L.Michón en 1932, la cual unía el peritoneo parietal con el visceral para aislar la cavidad peritoneal; y la practicada por el argentino J. León en 1936, quien modificó la técnica de Michón describiendo la llamada “cesárea arciforme”.

Cuba brindó sus aportes a esta operación a través de los obstetras Sergio García-Marruz, padre (1886-1947) y Francisco Villalta Gandarilla (1896- ¿?), cuya técnica fue dada a conocer

en 1933; José M. Ramírez Olivella (1891-1971), quien publicó la suya en 1941; y Alfredo Sardiñas Ramírez (1913- ¿?), que junto a Sergio García-Marruz Badía, hijo (1919- 1982) y Humberto Sinobas del Olmo (1915-1989) dio a conocer una nueva técnica con microincisión baja estética longitudinal en 1951. El uruguayo Augusto Turenne en 1925, los franceses G.A. Bourgeois y L.E. Phaneuf en 1952, y el profesor de la Universidad Complutense de Madrid, doctor José Botella Llusia en el propio 1952, también introdujeron importantes modificaciones.

La técnica de Botella consistía en la asociación de la incisión de Cherney con el despegamiento peritoneal a lo Latzko y con la incisión transversa miometrial al estilo de Kerr, y ofrecía excelentes ventajas en casos de desproporción cefalopélvica con bolsa rota de muchos días y con cavidad uterina infectada en la que, sin embargo, el feto permanecía vivo.

Waters reportó magníficos resultados con la técnica supravesical iniciada por él, en la que de 2 000 madres intervenidas sólo siete fallecieron. F.R. Stansfield y L.W.D. Drabble en 1952 utilizaron con éxito una modificación de la técnica paravesical bilateral de Bourgeois y Phaneuf. R.B. Durfee informó en 1960 como ventajas de la técnica paravesical la excelente recuperación y las molestias postoperatorias relativamente mínimas. G.J. Ellis y M.R. DeVita explotaron en 1961 la opción relativa a la práctica de una incisión en el músculo transversal del abdomen, y fue combinada esta operación utilizando un acceso estilo Cherney, con disección paravesical bilateral. Y más recientemente, G.R.A. Gilbert y colaboradores, observaron disminución del riesgo de hemorragia grave durante la operación y después de ella con la técnica de Norton, concluyendo en 1979 que era esta la técnica abdominal de elección después que la paciente ha permanecido en parto 30 horas o más a pesar de la terapia antibiótica moderna. Ninguno de estos y otros estudios hechos sobre dicha intervención, sin embargo, incluyeron pacientes testigos.

Con el advenimiento del espectro moderno de la terapia antibiótica, cayó en desuso el parto por cesárea extraperitoneal, debido a la convicción de que cualquier infección grave ya

podría ser controlada, y a la desaparición natural de los cirujanos con experiencia en este método. La pérdida de popularidad de la intervención se ponía de manifiesto, primeramente, por la falta de pruebas convincentes, basadas en estudios controlados, respecto a su eficacia; en segundo lugar, por la proliferación de regímenes antibacterianos que eliminaron todo riesgo de morbilidad postoperatoria grave; y finalmente, por la poca motivación de la nueva generación de obstetras por revivir una vieja técnica quirúrgica potencialmente más difícil. No obstante, la operación cesárea extraperitoneal puede representar una alternativa viable al parto transperitoneal o a la histerectomía cesárea en el caso de pacientes con trabajo de parto prolongado que no han recibido antibióticos y en consecuencia presentan una fuerte infección.

Histerotomía Contemporánea

En el año 1912, el ginecólogo alemán Bernhard Krönig (1863-1918) postuló que los buenos resultados obtenidos en la operación cesárea extraperitoneal se debían más a la incisión en el segmento inferior que a la vía de entrada extraperitoneal, y se pronunció a favor de la incisión vertical del segmento inferior del útero por vía transperitoneal y por la protección de la herida mediante la vejiga al final de la operación. De esta forma, retomando la vieja idea de Osiander y Joerg, Krönig introdujo la operación cervical baja y transperitoneal, con cierre extraperitoneal de la incisión uterina, que es la base de las intervenciones más difundidas y frecuentemente efectuadas en la actualidad.

Por su parte, en el año 1921, el inglés J.Munro-Kerr redescubre la técnica de Kehrer, e introduce en 1926 la incisión transversal o semilunar en el útero en lugar de la incisión vertical en la línea media. Esta operación proporcionó diversas ventajas sobre otras técnicas, puesto que el procedimiento era fácil de llevar a cabo, el área incidida era menos vascular que otras, el útero era fácil de suturar y no había necesidad de extender la vejiga para cubrir la incisión.

La nueva técnica fue acogida con extraordinario beneplácito, y fue enriquecida con algunas modificaciones, como la sección transversal de la pared abdominal próxima a la sínfisis del pubis (incisión de Pfannestiel), la exteriorización del útero (Henkel, Polano, Doerfler), y la sección en T invertida de la pared uterina cuando el corte para extraer el feto resultaba insuficiente (modificación de Pellegrino D'Aciero). La operación cesárea del segmento inferior, tan fácil de practicar como la cesárea clásica, y mucho menos complicada que las operaciones extraperitoneales, se convirtió de golpe en la técnica ideal de histerotomía en el siglo XX, puesto que se obtenían mejores resultados para la madre y permitía una prueba de trabajo de parto.

El período transcurrido entre 1930 y 1960, marca el avance final de la ciencia obstétrica hacia una nueva era de notable desarrollo. En 1930 J. Whitridge Williams enfatiza la necesidad de realizar la operación durante el trabajo de parto temprano; y la introducción de las transfusiones sanguíneas, los antibióticos y anestesia más segura, hizo disminuir las tasas de mortalidad materna hasta índices nunca antes alcanzados. La hemorragia y la infección habían sido durante siglos las principales causas de muerte materna. Con las transfusiones de sangre se trató la hemorragia por reemplazo directo para prevenir el “shock”, y la infección por prevención de la anemia y baja resistencia.

Los antibióticos trataron directamente la infección y en muchos casos previnieron la muerte en situaciones previamente letales. Una anestesia mayor y más segura permitió que se usara sin mayores dificultades la cesárea en los casos de urgencia. De igual forma, el desarrollo de la medicina fetal facilitó la correcta toma de decisiones a la hora de indicar la operación.

El enfoque moderno de la operación cesárea, finalmente, comprende varias técnicas alternativas. En cuanto al tipo de incisión abdominal, se estima que la incisión transversa (incisión de Pfannestiel u otras modificaciones) proporciona mejores resultados estéticos y en cuanto a resistencia, mientras que la incisión vertical tiene la ventaja de su eficacia, si bien sus propiedades estéticas y respecto a cicatrización destacan como inconvenientes potenciales. Con

respecto al tipo de incisión de histerotomía, son muy escasos los casos en que se utiliza la incisión tradicional clásica, pues aumenta la frecuencia de complicaciones postoperatorias febriles.

Entre las incisiones transversas y verticales del segmento uterino inferior, es difícil afirmar la supremacía de una sobre otra, excepto en circunstancias especiales. La incisión vertical brinda el beneficio potencial de la posible prolongación hacia arriba si se juzga insuficiente el espacio inicial para una situación determinada, preferible sin duda a la prolongación vertical en la línea media en una incisión transversa en cuanto se refiere a cicatrización. El inconveniente de la incisión vertical es la mayor frecuencia de complicaciones graves si es necesaria la prolongación inferior hacia el cuello uterino y la vejiga. La incisión transversa del segmento inferior, salvo en casos excepcionales, es útil en casi todas las circunstancias.

Con el reconocimiento final de la operación cesárea como solución práctica y segura a los problemas del parto causantes de riesgo materno fetal, la ciencia obstétrica salió victoriosa de una de las más cruentas batallas del hombre contra los límites de su tiempo, no sólo dentro de la historia de la medicina, sino en el largo camino recorrido por la humanidad desde el mismo comienzo de su evolución

El parto abdominal como lo conocemos ahora es prácticamente nuevo ya que como se menciona anteriormente fue en el último siglo donde tuvo avances de importancia y donde se empezaron a tomar diferentes técnicas e igual modificando las ya existentes tomando en cuenta la condición materna.

La curiosidad del hombre no tiene límites ya que de una u otra manera busca siempre lo nuevo e innovador lo modifica y lo hace tan suyo como si fuera parte de su cuerpo y así mismo siempre trata de que estas investigaciones se perfeccionen se mantengan y den lo mejor de ellas y todo con el fin de preservar la vida humana.

El parto abdominal sin duda alguna ha pasado de ser una operación peligrosa, radical y experimental a ser vista como una intervención menor con el menor riesgo posible si es realizada de una manera adecuada y oportuna.

1.1 Planteamiento del Problema

La pregunta de investigación es la siguiente:

¿Qué es lo que predispone a la complicación de los partos abdominales?

Cuando un embarazo es vigilado durante toda su evolución desde el inicio hasta que se llega al término de este se considera que es un embarazo de bajo riesgo y por factores materno fetales tiene que tener una resolución con un parto vía abdominal que es lo que se conoce como cesárea, se considera que es un embarazo de mediano riesgo, por lo tanto se engloban varios factores de riesgo que pueden ser desde leves hasta graves pero esto es sólo una valoración con los cuidados adecuados y con el buen manejo de la usuaria no tiene por qué haber complicaciones ni incidentes, pero que lleva a que este procedimiento se complique tal vez una mala práctica o factores que se encuentran fuera del alcance del equipo de salud.

El personal de enfermería debe de estar capacitado para distinguir cuando un embarazo aparentemente normal se puede complicar y debe saber a la vez cuales pueden ser mortales tanto para la madre como él bebe a su vez debe de conocer el tratamiento y el manejo que debe

de recibir cada uno antes durante y después de la intervención quirúrgica, así como cuáles son las complicaciones más comunes que se pueden presentar hasta las más graves.

El personal de enfermería no cuenta con estos conocimientos ya que les es necesario actualizarse y ser capaz de poder tomar una decisión por su propia cuenta sin depender del médico o esperar las indicaciones para tomar la decisión que salve la vida no un ser sino de dos, cuando se refiere al binomio madre hijo.

La mala práctica y la realización innecesaria de esta cirugía son los principales factores de riesgo para que se complique el procedimiento y con esto lleve a la pérdida de uno o dos de los integrantes del binomio.

El contar con instalaciones deficientes o en mal estado es otro factor muy importante para que una complicación leve se agrave y no sea posible estabilizar a la paciente y por consecuencia no sea posible rescatar al binomio.

1.2 Justificación

Es importante que las usuarias así como su familia conozcan las complicaciones que conllevan las cesáreas, esta información debe ser dada desde el momento que se decide que esta será la resolución del embarazo o durante las consultas prenatales sin olvidar mencionar que todo embarazo de bajo riesgo se puede complicar por un mal cuidado de la madre. Este es un tema de suma importancia en la sociedad ya que este procedimiento se va realizando con más frecuencia sin que haya una indicación precisa o sin haber un motivo de relevancia y se cree que

no tiene ningún riesgo de gravedad. Las usuarias toman esta decisión más que nada por el motivo de no sentir dolor y los médicos porque es más rápido realizar una cesárea que tiene un promedio de una hora a un parto que tiene un promedio de ocho horas sin olvidar claro está la ganancia monetaria.

Entre las complicaciones más comunes se encuentran hemorragia, perforación de un órgano vecino (vejiga, intestino) perforación del útero, infección, hematomas, todas estas podrían ser evitables si se llevara a cabo una buena técnica quirúrgica no sólo del médico sino también de la enfermera que se encuentra con él, en el equipo de salud.

Los índices de muerte materno infantil han aumentado en los últimos años algo que es contradictorio ya que tenemos más tecnología que podría prever un caso de estos. La enfermera debe de informar a la familia sobre todas las posibles consecuencias y el manejo que se debe dar, para esto es necesario que se capacite y aprenda que se encuentre en un aprendizaje continuo. Debe ser capaz de llevar un control prenatal adecuadamente, y saber canalizar a la usuaria con un especialista cuando se presenten factores de riesgo en cualquier período del embarazo así como se pueden presentar complicaciones durante el puerperio.

1.3 Objetivos

Establecer criterios precisos que integren las indicaciones médicas de la operación cesárea en la resolución del embarazo.

Disminuir la frecuencia de su práctica injustificada, eliminando factores de riesgo a la salud del binomio madre-hijo, y tener el menor número de incidentes y complicaciones al momento de practicarla.

1.4 Hipótesis

El buen manejo del control prenatal disminuye las complicaciones de la cesárea

La cesárea es el manejo indicado en casos de primigestas

La cesárea aumenta el riesgo de que haya complicaciones al momento del parto.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

En este capítulo se verán las bases y las definiciones que darán la pauta sobre lo que es lo normal durante el embarazo y su evolución.

El marco teórico de la investigación o marco referencial, puede ser definido como el compendio de una serie de elementos conceptuales que sirven de base a la indagación por realizar. Se establece lo que han investigado otros autores y se incluyen citas de otros proyectos de investigación.

El desarrollo de la investigación siguiendo el método científico según los recursos con que cuenta el investigador. El marco teórico genera una referencia general del tema a tratar en una descripción concisa que permite entenderlo más fácilmente.

En 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió: al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la fecundación y termina con el parto.

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

A pesar de existir claras diferencias entre países respecto de la frecuencia de las cesáreas, en los últimos años la atención de los nacimientos mediante este procedimiento ha aumentado en prácticamente todo el mundo y se prevé un crecimiento cada vez más importante.

Las cesáreas pueden clasificarse, desde el punto de vista clínico, como justificadas o injustificadas. En el primer caso se trata de un procedimiento obligado e imprescindible para resguardar la salud de la madre y del producto. Aun cuando hay bastante consenso entre los obstetras sobre la mayor parte de las causas justificadas, una fracción de éstas es todavía motivo de controversia. Sin embargo, el debate actual se centra principalmente en condiciones en las cuales no hay una razón clínica evidente que justifique realizar la operación cesárea y son ellas las que más contribuyen, en la actualidad, a elevar las cifras de cesáreas en todo el mundo.

El aumento en las cesáreas sin justificación clínica preocupa a las autoridades sanitarias y a los prestadores de servicios de salud de los diferentes países porque eleva los costos de la atención médica y expone a riesgos innecesarios a la madre y al producto.

Al igual que en el resto del mundo, las cesáreas han aumentado significativamente en México. Este aumento ha sido mayor en el sector privado. En 1999, año base para este ejercicio, se registraron 1'772,430 nacimientos, de los cuales 627,194 fueron cesáreas (35.4%). De este total de partos atendidos, el sector privado contribuyó con 330,348 (18.6%). De este último total, 53% fueron cesáreas. De acuerdo con estas estimaciones y tomando como punto de referencia la cifra de 15% señalada por la OMS como número relativo aceptable de cesáreas, podemos afirmar que en México, en 1999, se realizaron 361,329 cesáreas en exceso.

El porcentaje de nacimientos atendidos por cesárea varió significativamente entre los diferentes estados, pero en todos los casos dicho porcentaje superó la cifra recomendada por la OMS. El valor promedio entre los diferentes estados fue de alrededor de 34%. El valor máximo en el porcentaje de cesáreas fue de 49.9%, en Nuevo León, y el valor mínimo fue de 24.9%, en Zacatecas. La cuarta parte de las entidades federativas mostró valores por encima del 36%. Las variables más asociadas al uso de cesáreas fueron un alto índice de desarrollo humano, la pertenencia a la seguridad social y un alto porcentaje de médicos especialistas en el estado.

La práctica de cesáreas en los últimos años en México se identifica que, de acuerdo con lo reportado por las mujeres que participaron en la ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012, ha habido un incremento de 50.3% de esta práctica en doce años, al pasar de 30.0 a 45.1%. Por otro lado, la práctica de la cesárea por tipo de sector de realización (figura 2) también se incrementó de 2000 a 2012 ($p < 0.01$) en 33.7% en el sector público (de 30.6 a 40.9%) y en 60.4% en el privado (de 43.4 a 69.6%), con lo que se amplía la brecha entre los sectores a través del tiempo.

La información reportada por las mujeres de 2000 a 2012 sobre el lugar donde atendieron el parto de su último hijo nacido vivo, muestra un aumento en el número de cesáreas en todas las instituciones de salud, pero esto es más marcado para el ISSSTE/ISSSTE Estatal (43 y 68%, respectivamente) y el sector privado (hospitales, clínicas y consultorios) (43 y 70%, respectivamente). En 2012 la mayor proporción de cesáreas programadas se efectuaron en este último ámbito (39.6 vs. 15.6%).

Desde el año 2000 todas las entidades federativas (a excepción de Chiapas y Oaxaca) rebasan el límite máximo recomendado de esta práctica clínica (<20%); doce años después, 22 entidades del país duplican el número de cesáreas esperadas.

Tomando en consideración la información de la ENSANUT 2012 sobre el orden de nacimiento de los partos ocurridos de 2007 a 2012, se observa una tendencia mayor de realización de cesárea cuando el parto es el primero o el segundo (50.5 y 51.2%, respectivamente) propensión que disminuye a partir del tercero (43.9%) al sexto y más nacimientos (22.7%). Este comportamiento se acentúa en las mujeres de 20 años de edad en adelante, de modo que las de 35 o más años de edad tienen porcentajes extremadamente elevados de realización de este procedimiento quirúrgico, sobre todo cuando el orden de nacimiento es el primero o segundo (90.7 y 72.5%,)

Las altas tasas de la operación cesárea (OC) prevalecientes tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo y la diversa resistencia que se ofrece a los intentos por reducirlas, configuran un escenario posible de describir como una epidemia.

En América Latina, la práctica de la OC está ampliamente extendida y afecta sobre todo a los países con mayor desarrollo económico. En los últimos 10 años, las tasas más elevadas corresponden a Puerto Rico (45%), Chile (40%), Brasil (27.1%), Argentina (25.4%) y México (24.1%), mientras que la incidencia de la OC en las naciones con menores niveles de desarrollo, como Bolivia, Perú, Haití y Guatemala, se ha mantenido por debajo de 10%.

En muchos países, las tasas más altas de OC se ubican en los servicios de salud privados. Un estudio realizado en los principales hospitales privados de la Ciudad de México entre los años 1995 y 1996 notificó una tasa general de OC de 45.7%.⁵ Según fuentes oficiales, la tasa nacional de OC para el sector privado, fue de 48.1% en 1997 y de 59.9% en 2003.⁶ De acuerdo con el informe de rendición de cuentas de la Secretaría de Salud (SSA) 2003, en el sector privado se alcanzaron cifras de hasta 63.71% en materia de OC en el Distrito Federal.

Durante los años noventa, la tendencia de OC en las instituciones públicas aumentó de manera importante. Tanto en la instancia encargada de asegurar a los trabajadores del sector

privado (Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS), como en aquella que brinda cobertura a los trabajadores del sector público (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE), la tasa de OC pasó, respectivamente y tan sólo en una década, de 21.8 a 35.2% y de 30.1 a 48.1%.^{6,8} Por otro lado, los servicios que la Secretaría de Salud ofrece a la población abierta mantienen niveles menores de crecimiento (15.8 a 21.4%), aunque son significativos.⁶ Estadísticas recientes muestran que los porcentajes de OC siguen en aumento.

Uno de los problemas médico-legales más candentes y de mayor vigilancia en todos los ámbitos obstétricos, es el papel que puede tener la intervención casarí en la asistencia de obstetricia y perinatal, habiéndose recurrido a la misma con fines protectores de acciones médico-legales sin ningún tipo de fundamento, sólo por el hecho de imputar a la intervención unos efectos preventivos de patologías cuestionados y sin ninguna base. Su incidencia varia ostensiblemente y a lo largo de los últimos años se ha manifestado un incremento en la mayoría de los países. Las cifras oscilan entre el 15 al 40% o incluso más, como en Brasil o Chile.

2.1 Cesárea

La cesárea se define como: la extracción fetal a través de la incisión de la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía). Su frecuencia varía según el centro pero está en torno al 16-17%. Según el momento de su indicación diferenciamos:

- ✓ Cesárea programada: Se realiza antes del inicio del parto por razón materna y/o fetal.
- ✓ Cesárea intraparto: Se realiza ya iniciado el parto por razón materna y/o fetal.

- ✓ Cesárea urgente: Se realiza ante circunstancias vitales o accidentales, maternas o fetales, puede ser intra o post parto. Presentan con mayor frecuencia complicaciones.

2.2 Indicación de las cesáreas

1. La desproporción pélvico-fetal constatable incluso antes del trabajo de parto.
2. Las situaciones y posiciones anómalas sin posibilidad de cambio o los tumores previos.
3. La placenta previa central, marginal o parcial, en función de la hemorragia.
4. El sufrimiento fetal agudo.
5. Enfermedad materna que contraindique el parto vaginal.

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

- a) Desproporción pélvico-fetal relativa o presentación fetal desfavorable, cuyo paradigma es el parto de nalgas.
- b) Cesárea anterior
- c) Fiebre intraparto
- d) Gestación con esterilidad previa o conseguida 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 es 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 iatrogena (inducciones, anestesia epidural).
- ✚ Factores adversos interdependientes: edad elevada, estatura baja, macrosomia fetal, parto lento o prolongado.
- ✚ Factores paramédicos maternos:
 1. Intolerancia al dolor.
 2. Programación del parto.
 3. Temor a un mínimo hándicap o discapacidad de causa obstétrica.
- ✚ Factores paramédicos de los profesionales:
 - a) Dualidad de la asistencia privada/publica con conflicto de horario a compaginar. Atención a la exigencia legitima de mujeres que valora la privacidad y el confort de la asistencia privada, frente a la manifestación de la pública.
 - b) 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 necesidad de terminar el parto (por la vía que sea) ante la llegada de la noche o del fin de semana.
 - c) Temor a demandas por mala práctica, que inducen a una “medicina efectiva” que busca evitar responsabilidades.
 - d) Factor académico. Por ciertos obstetras, el parto tiende a ser percibido, no como un proceso fisiológico natural, sino 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 médico y obstetra que, al estar basados en patología, tienden a apreciar a los individuos como pacientes, incluyendo a las mujeres embarazadas.

- e) Factor socio-económico: 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 hospitalarias).

2.2.1 Indicaciones más frecuentes

Según la Encuesta Nacional para la Base de Datos Perinatales del año 2000, las indicaciones más frecuentes de cesárea son:

- a) Distocia
- b) Sospecha de riesgo de pérdida del bienestar fetal
- c) Cesárea anterior
- d) Presentación podálica
- e) Otras

a) **Distocia**

Constituye la indicación más frecuente de cesáreas primaria. Dentro del concepto distocia, literalmente trabajo de parto difícil, se incluyen todas las indicaciones por desproporción pélvico-fetal, distocia de dilatación o descenso, parto estacionado e inducción fallida. Una tercera parte de las cesáreas, tal como se mencionó, se deben a este diagnóstico. Al comparar con países similares, observamos que la tasa deduce que nuestra tasa, aproximadamente del doble, podría reducirse. Para ello se han propuesto varias actuaciones, que mayoritariamente se engloban en el concepto de la dirección médica del parto. Dicha actuaciones incluyen, entre otras:

1. La ruptura de membrana precoz y conducción activa del parto.

2. La monitorización interna de la dinámica uterina, para confirmar la adecuación de la misma en todos aquellos casos de distocia de dilatación o descenso. Cabe recordar que el registro externo de la dinámica uterina únicamente sirve para, en el mejor de los casos, contabilizar contracciones, pero en modo alguno identifican la intensidad, la duración real, ni el valor del tono uterino, aspectos de especial significancia en el control de la actividad uterina.

3. Utilización de oxitócica, siempre mediante bomba de infusión. Cabe recordar que tras la amniorrexis, debe esperarse un incremento de la actividad uterina durante los primeros 30 minutos; si se aplica oxitócica dinámica por hiperactividad (polisistolias e hipertonías) que pueden motivar, por un lado situaciones de pérdida de bienestar fetal (sufrimiento fetal), y por otro, inversiones del gradiente descendente, con el consabido enlentecimiento del parto.

Es necesario puntualizar que no puede realizarse un diagnóstico de desproporción pélvico-cefálica antes de la dilatación completa, como tampoco se puede considerar que existe un caso impulsivo prolongado en mujeres con anestesia epidural antes de tres horas en nulíparas y dos horas en multíparas. Para las definiciones de duración excesiva del parto, en cada una de sus fases, recomendamos la aplicación estricta de los conceptos de parto lento mencionado en los Manuales sobre asistencia al parto y puerperio patológicos; no existe sin embargo un consenso absoluto sobre dichas definiciones en la bibliografía.

Junto a lo mencionado, también se han propuesto otras actuaciones que pueden en su caso disminuir la probabilidad de distocia, y con ello la finalización por vía cesárea:

- Limitar la inducción del parto a los casos estrictamente indicados, evitando al máximo las inducciones por conveniencia.

- Utilizar la maduración cervical con prostaglandinas antes de iniciar la inducción, en pacientes con bishop desfavorable. Es necesario destacar aquí, el grave problema, provocada por la inserción de prostaglandinas sin un correcto diagnóstico, son las consabidas consecuencias, ya sea por falta de control o por carencia de medios adecuados.
- No practicar epidural antes de iniciar la fase activa del parto, así como no realizar técnicas que tienen sus contraindicaciones o bien que posteriormente no estén controladas por el especialista correspondiente. En este sentido, es necesario puntualizar una vez más que esta técnica anestesia requiere la presencia de un anestesista en la zona asistencial, ya que pueden aparecer complicaciones o efectos secundarios que requieren de su tratamiento inmediato.
- Evitar los ingresos de parto en la fase latente del mismo, asegurándose que las condiciones maternas y fetales son correctas.
- Recomendar la presencia de una matrona en la sala de partos, controlando de manera pertinente a la paciente, dando el soporte técnico y emocional requerido. Este hecho ha demostrado eficazmente; la disminución de la tasas de distocia y por ende de cesáreas.

b) Riesgo de pérdida del bienestar fetal (sufrimiento fetal intraparto)

El sufrimiento de pérdida del bienestar fetal, es una de las indicaciones clínicas de cesárea más difíciles de evaluar, ya que tanto la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal como la obtención de la misma mediante registro cardiotocográfico, son procedimientos muy subjetivos para establecer si el feto corre o no un riesgo real; en todo caso son métodos que identifican riesgo, pero no diagnostican una situación de sufrimiento (lesión, con

consecuencias). Para conseguir que esta indicación de cesárea sea lo más objetiva posible, antes de realizar la intervención debería de valorarse el estado del feto mediante determinación del pH en sangre obtenida a través de una microtoma del cuero cabelludo.

Cuando las condiciones del cérvix impidan la realización de la microtoma, dicho extremo debe reflejarse en la historia clínica. Con todo y eso, el equilibrio ácido básico tiene menos falsos positivos que el registro de la FCF, pero todavía tiene una especificidad y un valor predictivo positivo que se quisiera mejorar. De ahí que hayan surgido ciertas consideraciones a su alrededor, como por ejemplo:

- ◆ El punto de corte del pH patológico vs normal, tanto durante el período de dilatación como en el expulsivo, ya que muchos autores cuestionan la validez de los mismos. Tampoco existe consenso, dada la falta de evidencias bibliográficas, sobre la eficacia de la utilización del concepto de pH “prepatológico”, entre 7.25 y 7.50. Coincidiendo con otros autores, se propone que se considere como feto con sufrimiento fetal, es decir, con riesgo de pérdida del bienestar, a aquellos con un pH intraparto de la parte superior de la bóveda craneal por debajo de 7.20 y se actué en consecuencia, intentando la recuperación de la situación fetal intrauterino con betamiméticos, de acuerdo a los protocolos correspondientes.
- ◆ Discutir muy ampliamente las cesáreas electivas por sospecha de riesgo de pérdida del bienestar fetal (oligohidramnios, RCIU, doppler patológico o pruebas no estresantes anómalas). En todos aquellos casos que se cumplan los requisitos obstétricos que aportan un razonable porcentaje de éxito, se debería intentar una inducción obstétrica, con el control fetal pertinente (registro de la FCF, práctica de pH de la parte superior de la bóveda craneal ante cualquier eventualidad).

Lo mencionado anteriormente indica que todo centro asistencial obstétrico debe disponer de los elementos necesarios para poder realizar una correcta valoración del estado de bienestar; este hecho es de particular interés desde el punto de vista médico-legal. Se insistirá de nuevo que, en caso de no disponer del equilibrio ácido básico, la correcta interpretación de los signos cardiotocográficos, será imperativa antes de tomar una decisión. En este sentido cabe recordar que cuando un registro de la FCF es totalmente normal, la capacidad de decir que un feto está bien es prácticamente total, no es así cuando existe patrones patológicos, en cuyo caso el criterio es insuficiente (excepto en casos con patrones muy ominosos), de ahí la necesidad de disponer de otro método para el diagnóstico del sufrimiento fetal, como es el equilibrio ácido básico.

c) Cesárea anterior

Este apartado constituye por sí mismo un gran grupo de indicación de cesárea y a medida que aumenta la tasa de las mismas, se incrementa consecuentemente su peso como indicación. En 1981, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) aconsejó la prueba de parto en gestantes con cesáreas anterior (transversa en segmentos inferior), considerando que el concepto de cesárea repetida y de rutina, debe reemplazarse por una indicación específica para realizar una nueva cesárea. Existen en la actualidad numerosos trabajos que indican que el 60 al 80% de todos los intentos de parto después de una cesárea anterior finalizan con un parto por vía vaginal. Pero no es menos cierto que en algunos de estos intentos han existido complicaciones materna-fetales.

Existen una serie de situaciones obstétricas particulares en gestantes con cesárea anterior, que vale la pena analizar. Diferentes referencias indican que en casos de cesárea previa con embarazo gemelar, o ante un feto macrosómico o en un embarazo posttermino, puede intentarse un parto vaginal, sin elevarse la mortalidad neonatal ni materna. No obstante en la macrosomía fetal, el éxito del parto vaginal se redujo al 58% con feto de 4,000 a 4,499 g, y al 43% con peso fetal superior a 4,500 g. por otro lado, se ha reportado ampliamente, que el

antecedente de un parto vaginal previo, es un factor que mejora la posibilidad de éxito del parto vaginal actual.

El ACOG recomienda que para poder asumir el intento de vía vaginal, el obstetra debe estar disponible para vigilar el parto y poder realizar una cesárea urgente, lo que conlleva la disponibilidad de un equipo y de una infraestructura pertinente. Hoy en día, las normas de acreditación de centros, obligan a disponer de un obstetra y un anestesiólogo de guardia, así como de un área de paritorios adecuadamente acondicionada como para hacer frente a cualquier eventualidad obstétrica. Cabe señalar que existen sentencias desfavorables para el ginecólogo y para el centro asistencial, basadas en estos preceptos.

Quisiéramos hacer una serie de consideraciones generales en el caso de cesárea anterior:

❖ Posibilidad de inducción

Parece existir consenso respecto al uso y seguridad de la oxitócica para la inducción de parto. Se consideran factores de riesgo de rotura uterina:

1. El empleo de la oxitócica no controlada, en fase de latencia.
2. Las características cervicales desfavorables.

Diversos autores consideran que es recomendable esperar el inicio espontáneo del parto, pese a que el empleo de la prostaglandina local se ha documentado como un procedimiento seguro. Aunque existen datos de rotura uterina con preparados de prostaglandinas E2 y E1 (misoprostol), y no se recomienda este último para maduración cervical en gestantes con cesáreas anterior, ni se acepta en su ficha técnica en cualquier otro tipo de maduración cervical obstétrica, la realidad indica que esta eventualidad es esporádica, y en modo alguno puede establecerse en la mayoría una relación de casualidad.

❖ Analgesia epidural

No hay contraindicación para la analgesia epidural en gestantes con cesárea anterior. No se ha comprobado que la analgesia epidural enmascara la sintomatología en caso de rotura uterina; de todas maneras, el obstetra ha de estar pendiente de cualquier signo anómalo que pueda presentarse.

❖ Monitorización cardiotocográfico

Es necesaria, no solo para controlar la dinámica uterina, sino para detectar lo más precozmente posible las anomalías de la FCF, parámetro relacionado con la rotura uterina. La presencia de una bradicardia o desaceleración patológicas, puede ser sugestivo de rotura uterina y/o sufrimiento fetal intraparto, y se aconseja el establecimiento del diagnóstico lo más precozmente posible, y en su caso, la extracción fetal en un tiempo mínimo para evitar la mortalidad del recién nacido. Algunos autores indican un tiempo inferior a 30 minutos. Se aconseja siempre la monitorización biofísica interna. La disminución brusca de la intensidad de la contracción a la desaparición del registro de la dinámica uterina es patognomónica de la rotura uterina.

❖ Estimulación oxiótica

Utilizada prudentemente y siempre mediante bomba de infusión, junto a una estricta monitorización cardiotocográfico, no se ha demostrado que aumente el riesgo de rotura uterina.

❖ Asistencia al expulsivo

La mayoría de los obstetras optan por abreviar el expulsivo, si este período se alarga más de 20-30 minutos. Esta especialmente prohibida la maniobra de kristeller y en la literatura reciente parece demostrado, que la práctica de instrumentación sistemática del expulsivo no comporta beneficios significativos.

❖ Revisión de la cicatriz uterina

No existe unanimidad en la literatura sobre esta práctica. Aunque en muchos hospitales se realiza, en otros no se hace de rutina, salvo que exista una hemorragia vaginal y signo de choque postparto. La dehiscencia asintomática de la cicatriz se soluciona espontáneamente y no se demuestra que el embarazo futuro tenga mejor pronóstico suturando o no la dehiscencia.

En resumen, el intento de parto vaginal después de una cesárea anterior segmentaria transversa se considera que es una conducta obstétrica segura, aunque no exenta de riesgos. Presenta una elevada tasa de éxito siempre que de forma cuidadosa se haya realizado una selección clínica rigurosa y exista un consentimiento informado. La decisión final debe ser tomada conjuntamente por la gestante y su médico, después de analizar los beneficios y riesgos de la vía vaginal. La asistencia al parto vaginal post-cesárea anterior debe realizarse en hospitales donde se garantice la presencia inmediata de un obstetra, debido al riesgo de rotura uterina. El sentido común y el buen juicio clínico deben ser los factores básicos a la hora de tomar la decisión.

Distinto es el caso de la cesárea corporal, en la que siempre deberá de realizarse otra cesárea subsecuente, debido al significado aumento de dehiscencia de la cicatriz anterior. Este hecho motiva a que la cesárea se realice de forma programada una vez llegado el término. Por lo tanto, todo lo mencionado en este epígrafe es válido para la cesárea transversa en segmento uterino, y no para la corporal.

d) Presentación podálica

La presentación de nalgas o podálica es aquella en la que el polo pelviano del feto se encuentra en relación directa con el estrecho superior de la pelvis materna. La frecuencia varía entre 3-4% y tiene relación estrecha con la edad de gestación (mayor frecuencia a menor edad). El 40% de los niños que al nacer pesan menos de 1 Kg tienen su parto en presentación de nalgas.

Si se consideran todos los niños con bajo peso al nacer (<2.500g), la frecuencia desciende al 15%.

Es habitual que el feto esté de nalgas hasta la semana 32, ya que apoya la cabeza (su polo más grande) sobre el fondo uterino (zona más ancha). El crecimiento de las nalgas con los miembros apelotonados hace que éste pase a ser el polo mayor, así que entre las semanas 32 y 36 el feto se da la vuelta y se coloca de cabeza (parece que la pelvis materna acoge mejor la superficie uniforme de la cabeza y que su peso lo dirige hacia abajo).

En más del 60% de los casos se desconoce la etiología de la presentación de nalgas. Ante esta presentación hay que sospechar una anomalía que puede involucrar a la madre o a los productos de la concepción:

- ≈ materna: de útero, pelvis, multiparidad con relajación de musculatura uterina y abdominal, nuliparidad con hipertonia uterina.
- ≈ fetal: prematuro, gestación múltiple, anomalía fetal (sistema nervioso central - SNC, tractos genitourinario y gastrointestinal, cromosomopatías), dificultad de motilidad.
- ≈ ovular: placenta previa, oligo o polihidramnios, cordón cortó.

Las variedades de la presentación podálica podrían ser de nalgas solas (pura, simple, franca o incompleta) y de nalgas y pies (complejas, dobles o completas). También se ha descrito como pura (nalgas solas), incompleta (nalgas y un pie) y completa (nalgas y dos pies). No se habla de presentación de rodillas o de pies, porque para hablar de presentación, ésta debe corresponder a una estructura que ocupe la pelvis y condicione el parto. Por eso se habla de presentación de nalgas con prominencia de pie o rodilla.

Los autores americanos describen 3 variedades:

- ≈ Presentación de nalgas pura: muslos flexionados, rodillas extendidas y pies cerca de la cabeza. Es el 60-65% de los casos.
- ≈ Presentación de nalgas y pies completa: muslos y piernas flexionadas, con los pies generalmente cruzados. 5% de los casos.
- ≈ Presentación de nalgas y pies incompleta: flexión de una o ambas rodillas, pero la parte más caudal no es la pelvis, sino una o las dos extremidades. 25-35% de los casos, sobre todo en prematuros.

2.3 Consideraciones no clínicas

Existen múltiples causas no clínicas o paramédicas que forman parte de las indicaciones de cesárea mencionadas anteriormente, y que se deben revisar con cierta cautela:

Edad materna: Es casi constante en la bibliografía la observación de que la tasa de cesárea aumenta a medida que avanza la edad materna. Dado que la edad materna en nuestros ambientes esta en continuo aumento, es fácil deducir que en el futuro este epígrafe se incrementa.

Volumen asistencial: Parece ser que el número de partos asistidos en un centro puede justificar diferencias en las tasas, probablemente por la infraestructura de que disponen (protocolos, direcciones objetivas).

Características de los profesionales: En un hecho que la capacitación de los profesionales, puede marcar de forma ostensible su decisión quirúrgica existe suficiente información en la licenciatura que avala esta afirmación por lo tanto cuando más entrenado el equipo menos tasa de cesáreas. Esta problemática ha puesto de relieve la necesidad de la revisión de los planes

educativos de nuestros futuros especialistas; de particular interés es la problemática de la existencia al parto de nalgas.

2.4 Cesárea a Demanda

Cada vez es más frecuente que la propia paciente solicite la realización de una cesárea, probablemente debido a la creencia muy difundida, de esta intervención es una práctica igual de segura para la madre y el feto que el parto vaginal. Si se practica una cesárea a demanda, teóricamente, la mujer y el feto asumen los riesgos, mientras que si no se hace, la responsabilidad recae en el médico. Sin embargo, tal como se explica la mortalidad materna global en todo tipo de cesáreas es aproximadamente 6 veces mayor que el parto vaginal.

La cesárea electiva por su parte tiene 2.84 más posibilidades de muerte materna que el parto vaginal estas diferencias son suficientemente relevantes como para que, en ausencia de otras evidencias parezca inoportuno y quizás imprudente, cuestionar cual es el modo de parto más seguro cualquier decisión que incremente la cirugía mayor; con la referida normalidad asociada, debe de ser muy seriamente evaluada por todos los agentes involucrados.

Una mujer que consienta cualquier procedimiento médico debe de disponer de información plena e imparcial sobre las posibilidades de que el procedimiento escogido influya positivamente o negativamente sobre los resultados. Sin embargo, los médicos, que son los agentes encargados de informar de este balance riesgo/beneficio, no siempre disponen de información adecuada, bien por falta de evidencias científicas por discrepancias.

2.5 Complicaciones

La cesárea, a pesar de su alta seguridad no está exenta de complicaciones, algunas impuestas por la propia indicación para realizar el procedimiento situaciones maternas de

extrema urgencia y otras derivadas de la técnica en sí. No es correcto ignorar el incremento de morbilidad neonatal y materna que se deriva de su 'práctica, por no mencionar el aumento de riesgo, de 2.8 a 6 veces más de muerte materna las infecciones son más frecuentes que en el parto vaginal y en ocasiones fuerzan a terapéuticas muy agresivas. La necesidad de transfusión, con sus particulares necesidades se requiere del 1 al 6% de las ocasiones.

Hay posibilidades de daño en órganos vecinos y en ocasiones se presentan cuadros de íleo paralítico que son muy raros en el parto vaginal el hecho de requerir anestesia constituye otra fuente de eventuales complicaciones. Es postoperatorio es mucho más molesto y prolongado, con alto riesgo de tener que abandonar la lactancia materna. Su costo es también superior al del parto vaginal llegando una cesárea sin complicaciones, acostar más del doble de los gastos generados por el primero. Un descenso en la tasa de cesárea del 1% de los partos llegaría a producir un ahorro de 94 141 213.80 de pesos.

Relacionadas con el parto vaginal, la morbimortalidad materna es mayor. Alrededor de un tercio de la totalidad de las muertes maternas, están relacionadas con esta intervención. La ocurrencia es de 1 por cada 1636 cesáreas (6,1 x 100.000), de estas menos de la mitad se deben a la cirugía., y las restantes están asociadas a la persistencia o agravamiento de la patología de base.

La Mortalidad Perinatal global es mayor en los nacimientos por cesárea, cuando se relaciona con los partos vaginales. Pero cuando se compara los nacimientos por cesáreas de gestaciones a término y sin patologías graves presentes o asociadas, tanto las Tasas de morbimortalidad perinatales como el pronóstico es similar al de los recién nacidos por vía vaginal.

Actualmente los adelantos en las técnicas anestésicas, en el monitoreo permanente de la paciente, en la antibioticoterapia, la mejor calidad de sangre y de hemoderivados, han disminuido pero no han eliminado el riesgo de las complicaciones de esta cirugía; sigue siendo fundamental para alcanzar resultados maternos y perinatales exitosos el comportamiento ético y profesional de los obstetras y el apego a la aplicación de los Protocolos médicos.

Se presentan a continuación las complicaciones relacionadas con esta cirugía, en principio asociadas al riesgo operatorio propio de la misma, y seguidamente precisando el momento de ocurrencia de las mismas.

1. Propias a todo acto operatorio.

Accidentes Anestésicos.

Dolor.

Sangrado.

Íleo.

Recuperación anestésica.

Encamamiento.

Limitación a la deambulaci3n.

Ayuno.

Stress.

Infecciones.

Lesiones de otras vísceras.

2. Propias del Puerperio.

Hemorragia Post Parto.

Riesgo de Tromboembolismo.

Hipotensi3n.

Infecci3n Puerperal.

Fatiga y Debilidad

Reajustes hormonales.

Redistribuci3n del líquido extracelular

Constipaci3n.

3. Propias de la Maternidad.

Dificultades para desempeñar el rol de madre.

Dificultad para el manejo del Recién Nacido.

Dependencia de otros.

2.5.1 Las Complicaciones Intra operatorias

Son las menos frecuentes, pero de mayor morbilidad. Constituyen el 1-2% de los casos. Son más frecuentes en las cesáreas de urgencias o en las que existe cirugía previa.

Ellas incluyen:

- ❖ Lesiones viscerales: generalmente vesicales. Más raras ureterales o intestinales.
- ❖ Hemorragias, por atonía uterina, lesión vascular, anomalías placentarias y extensiones de la incisión uterina.
- ❖ Embolismo de líquido amniótico: Asociado a Polihidramnios, descompresiones bruscas, desprendimiento prematuro de placenta normal inserta, con membranas intactas.

2.5.2 Complicaciones postoperatorias mediatas

1. Son de más frecuente presentación, en su orden:
2. Endometritis: 40% en frecuencia. Riesgo aumentado en bolsas rotas, trabajo de parto prolongado, mala técnica quirúrgica y manipulaciones intrauterinas. La profilaxis antibiótica disminuye su incidencia y las complicaciones (abscesos, tromboflebitis pélvica y shock pélvico).
3. Infección urinaria: 2 al 15%. Se relaciona al sondaje vesical.
4. Infección de la pared abdominal: Especialmente en pacientes obesas se evita esta complicación cuidando la asepsia, la hemostasia correcta y la profilaxis antibiótica.

5. Tromboflebitis: se evita favoreciendo la movilización precoz. En pacientes con várices es conveniente utilizar vendajes compresivos las primeras horas. En todas las pacientes con factores de riesgo utilizar heparina profiláctica.
6. Obstrucción intestinal por bridas.
7. Dehiscencia de la cicatriz: Se evita realizando una correcta hemostasia y no dejando espacios muertos.
8. Íleo: se disminuye manipulando lo menos posible las vísceras intestinales y realizando una correcta limpieza de la cavidad abdominal antes de cerrar.

2.5.3 Complicaciones tardías

Es aquella que se presenta en las primeras veinticuatro horas del postparto y que van relacionadas con la intervención quirúrgica tanto para la madre como para el producto:

- 1) Adherencias abdominales.
- 2) Obstrucción intestinal secundaria.
- 3) Endometriosis de la incisión uterina.
- 4) Placenta previa o acreta en gestaciones posteriores.
- 5) Cesárea en gestaciones posteriores.
- 6) Rotura uterina en partos posteriores.
 - a. Entre las complicaciones FETALES, encontramos:
- 7) Síndrome de distrés respiratorio transitorio.
- 8) Depresión. Generalmente relacionada con la anestesia y con el tiempo que se tarda en la extracción.
- 9) Traumatismos por lesión directa con el bisturí o por las maniobras de extracción.

2.6 Técnica Quirúrgica

A continuación se expone el conocimiento científico actualmente existente con relación a las distintas técnicas operatorias y los diversos abordajes que se realizan en las mismas, las cuales fundamentalmente dependen de:

- ✓ Diagnóstico de la Patología de base y la técnica quirúrgica asociada.
- ✓ Urgencia de la intervención.
- ✓ Estado clínico de la paciente.
- ✓ Intervenciones quirúrgicas previas y cicatrices en pared abdominal.
- ✓ El criterio y destreza del cirujano.

2.7 Incisiones Abdominales

Las incisiones a elegir son la vertical o la transversal, y la decisión surge de factores tales como la urgencia de la intervención, la presencia de cicatrices abdominales previas, y la patología no obstétrica asociada, si existe. Las incisiones más comunes son:

1. Laparotomía mediana Infra umbilical.
2. Incisiones Transversas Supra púbicas
3. Incisión de Pfannenstiel.

Incisión de Cherney.

Joel Cohen.

2.7.1 Laparotomía Mediana Infraumbilical

En general esta incisión permite un acceso más rápido al útero, hemorragia menor, mayor capacidad para extender la incisión alrededor del ombligo, y permite un examen más fácil del abdomen superior. En el embarazo, esta incisión se ve favorecida por la diastasis de los rectos abdominales. Se indica preferencialmente en los siguientes casos,

- * Urgencia Materno-Fetal.

- * Incisión previa en línea media.
- * Prolapso de cordón.
- * Síndrome Hellp (Trombocitopenia).
- * Hipovolemia y shock.
- * Trauma y Obesidad

2.7.2 Incisión de Maylard

Consiste en una Incisión Transversa supra púbica alta, a más o menos 5 cm por encima del pubis, amplia, generalmente 18 a 19 cm, extendiéndose entre las espinas iliacas antero superiores, se realiza incisión cortante con tijeras de los planos, y se ligan los vasos epigástricos inferiores. Los músculos rectos abdominales son seccionados. Tiene aplicación sobre todo en la mujer de talla baja y obesa. Ofrece un mayor campo quirúrgico y es muy útil cuando existe cicatriz transversal previa. Tiene como desventajas, mayor dolor postquirúrgico, mayor tiempo operatorio y no es apropiada para cavidad abdominal superior

2.7.3 Incisión De Pfannenstiel

Incisión transversa en pliegue de la piel a 2 ó 3 cm de la sínfisis Púbrica, con una extensión promedio de 15 cm, la disección de los planos se realiza con tijeras, la disección de la fascia es transversal y se extiende en sentido cefálico hasta la cicatriz umbilical y en sentido caudal hasta el borde de la sínfisis. La divulsión de los rectos y el peritoneo parietal y visceral es medial. Como ventajas ofrece:

- Es más Estética y fisiológica.
- Menor tensión de la línea de incisión.
- Rara dehiscencia, evisceración o hernia Incisional.
- Menor dolor.
- Menor inhibición de movimientos respiratorios.
- Deambulacion más temprana.

Desventajas:

- Hematomas.
- Parestesias y anestias a nivel genitocrural por lesión de nervios periféricos.
- Infección.
- No se puede extender.
- Dificulta exposición de anexos.

2.7.4 Incision Cherney

Consiste en una incisión transversa encima de la sínfisis púbica, en la cual además de ligar los vasos epigástricos inferiores, se realiza sección y doble ligadura de los músculos rectos abdominales.

2.7.5 Incisión de Joel Cohen

Es una incisión de alrededor de 10 cm, a 2 ó 3 cm de la sínfisis púbica, en la cual los planos solo son incididos a nivel medial mediante una pequeña incisión de alrededor de 3 cm, la cual posteriormente es prolongada y ampliada mediante disección roma por divulsión digital.

Se le reconocen las siguientes Ventajas y Desventajas:

- Disección Roma.
- Menor lesión vascular.
- Menor sangrado operatorio.
- Menor incidencia de Hematomas.
- Indicada en mujeres delgadas.
- Campo Quirúrgico limitado.

2.8 Perfil de la Enfermera Obstetra

Descripción general

La enfermera obstetra es el profesional de enfermería que tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo y ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista técnico, de relación interpersonal y de respeto a la interculturalidad de tal forma que se asegure el nacimiento del nuevo integrante de la familia en las mejores condiciones posibles.

Para cumplir efectivamente con su misión la enfermera obstetra cuenta con conocimientos y aptitudes que se traducen en competencias y acciones derivadas de ellas.

Estas competencias se dividen en específicas y generales; las primeras están dirigidas a la atención prenatal, del trabajo de parto y parto, del puerperio y del recién nacido; así mismo, se incluyen las competencias para la atención de urgencias obstétricas y neonatales. Dentro de las competencias generales se encuentran las de comunicación, interculturalidad y administrativa.

2.8.1 Competencia de atención prenatal

Otorga atención holística a la embarazada durante el periodo gestacional con base en la identificación oportuna de los factores de riesgo ya que cuenta con los conocimientos y aptitudes para:

1. Confirmar el embarazo y determinar el riesgo obstétrico con base en los criterios de clasificación establecidos y derivar oportunamente al siguiente nivel de atención en caso de detección de alto riesgo mediante las siguientes acciones:

1.1 Integrar historia clínica gineco-obstétrica, lo que comprende aplicar técnicas y procedimientos tales como:

- Realizar el interrogatorio general y obstétrico.
- Efectuar exploración física general y ginecológica.
- Realizar somatometría.
- Determinar las cifras de las constantes vitales.
- Valorar altura del fondo uterino.
- Realizar las maniobras de Leopold.
- Auscultar la frecuencia cardiaca fetal.
- Valorar el estado nutricional de la madre.
- Solicitar exámenes básicos de laboratorio.

1.2 Determinar el riesgo obstétrico una vez efectuadas las actividades anteriores y en cada una de las consultas.

1.3 Referir oportunamente al siguiente nivel de atención embarazos de alto riesgo.

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

2. Concertar con la embarazada el plan de control y cuidados dependiendo de las condiciones físicas, emocionales, espirituales, sociales y culturales mediante las siguientes acciones:

- 2.1 Programar el número de consultas de acuerdo con el estado general, edad gestacional y características individuales y familiares.
- 2.2 Iniciar terapéutica preventiva encaminada a evitar procesos anémicos en la madre y defectos del producto al nacimiento.
- 2.3 Capacitar a la embarazada para que identifique oportunamente signos y síntomas de alarma en el embarazo.
- 2.4 Informar sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco, alcohol, drogas y exposición a agentes químicos.
- 2.5 Valorar el proceso de adaptación individual y familiar ante el evento obstétrico e identificar cambios en el estado emocional que requieran de atención especializada.
- 2.6 Proponer acciones de preparación del ambiente familiar para recibir al recién nacido.
- 2.7 Promover la adquisición de hábitos higiénicos dietéticos saludables durante el embarazo.
- 2.8 Orientar sobre los aspectos de actividad física, recreativa y sexual.
- 2.9 Preparar física y emocionalmente a la pareja para la lactancia materna.
- 2.10 Promover la integración de la pareja en el programa de atención prenatal.
- 2.11 Brindar consejería a la pareja sobre aspectos de planificación familiar.

3. Identificar, utilizar o implementar las redes de apoyo familiar y de la comunidad para la atención del parto.

3.1 Realizar los acuerdos con la comunidad para la creación de las redes de apoyo.

3.2 Realizar los trámites correspondientes, para que las embarazadas potenciales a utilizar las redes de apoyo cuenten con los medios necesarios para el uso de éstos.

2.8.2 Competencia de atención durante el parto.

Las competencias son las capacidades con diferentes conocimientos, habilidades, pensamientos, carácter y valores de manera integral en las diferentes interacciones que tienen los seres humanos para la vida en el ámbito personal, social y laboral.

Las competencias son los conocimientos, habilidades, y destrezas que desarrolla una persona para comprender, transformar y practicar en el mundo en el que se desenvuelve.

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

- Efectuar las maniobras de Leopold.
 - Auscultar y medir la frecuencia cardiaca fetal.
- Valorar la dinámica uterina.
- Identificar los períodos clínicos del trabajo de parto.
- Valorar las condiciones de las membranas ovulares.
- Valorar el grado de encajamiento.
- Identificar oportunamente signos y síntomas que indiquen el inicio del trabajo de parto.
- Identificar factores de riesgo durante todo el proceso
- Referir oportunamente al siguiente nivel de atención ante la presencia de alto riesgo.
- 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.

2.9 Cuidados de la zona de cesárea

- a) Determinar la percepción de la paciente de la cesárea y prepararla para la misma, si es el caso.
- b) Explicar las razones de la cesarea no planeada, si procede.

- c) Animar a la paciente a que exprese sus sentimientos acerca de la cesarea no planificada.
- d) Ofrecer información acerca del procedimiento y de las sensaciones que se experimentarían.
- e) Realizar los preparativos para el parto por cesárea.
- f) Preparar el abdomen para la intervención.
- g) Animar al padre a que observe el parto, si resulta oportuno.
- h) Dar apoyo a la paciente durante la cesárea.
- i) Proporcionar información sobre el procedimiento mientras tiene lugar el mismo.
- j) Proporcionar información sobre el bebé.
- k) Dar la oportunidad de ver o coger al bebé después del nacimiento, si no está contraindicado.
- l) Trasladar a la paciente a la sala de recuperación, si se indica.
- m) Inspeccionar el estado de la incisión quirúrgica, cuando proceda.
- n) Ayudar en la realización de ejercicios de piernas hasta que se desvanezcan los efectos de la anestesia.
- o) Animar a la paciente a que siga con los ejercicios de piernas hasta que empieza a caminar.
- p) Administrar analgésicos para facilitar el descanso, la relajación, la lactancia y los cuidados del bebé, según el caso.
- q) Administrar terapia de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) a la madre que da el pecho para minimizar el uso de medicamentos, si resulta oportuno.
- r) Hablar sobre los sentimientos de la paciente y seres queridos acerca del parto por cesárea.

2.10 Cuidados de las heridas

- Despegar los apósitos y el esparadrapo.
- Afeitar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario.

- monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor
- Medir el lecho de la herida, si procede.
- limpiar con solución salina normal o un limpiador no toxico.
- colocar la zona afectada en un baño de remolino, si procede.
- cuidar el sitio de incisión, según sea necesario.
- Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida.
- reforzar el aposito si es necesario.
- mantener técnica de vendaje esteril al realizar los cuidados de la herida.
- cambiar el aposito según la cantidad de exudado y drenaje.
- inspeccionar la herida cada vez se realiza el cambio de vendaje.
- comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Fomentar la ingesta de líquidos.
- Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.

2.11 Proceso Atención de Enfermería

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud.

Permite a la persona participar en su propio cuidado. Garantiza la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales. Ofrece atención individualizada continua y de calidad. Ayuda a identificar problemas únicos de la persona.

Características

- 1) Interpersonal
- 2) Cíclico
- 3) Universal
- 4) Enfoque holístico
- 5) Humanístico

Etapas del PAE

Consta de 5 fases:

Valoración y Diagnóstico

La valoración es la obtención de datos tanto objetivos como subjetivos, es la recogida de toda la información que necesitamos del paciente.

Las fuentes de información primarias son paciente, entrevista, observación, exploración física de enfermería (auscultación, inspección, palpación, percusión)

En esta etapa determinamos el Grado de dependencia/independencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades, propuestas por V.Henderson

1.- Necesidad de respirar:

Términos que debemos valorar: amplitud respiratoria, ruidos respiratorios, color de los tegumentos, frecuencia respiratoria, mucosidades, permeabilidad de vías respiratorias, ritmo respiratorio, tos.

Factores que influyen en esta necesidad: postura, ejercicio, alimentación, estatura, sueño, emociones, aire ambiental, clima, vivienda, lugar de trabajo.

2.- Necesidad de beber y comer:

Términos que debemos valorar: Alimentos, apetito, electrolito, hambre, metabolismo, nutrientes o elementos nutritivos, nutrición, saciedad.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, actividades físicas, regularidad del horario en las comidas, emociones y ansiedad, clima, status socioeconómico, religión, cultura.

3.- Necesidad de eliminar:

Términos que debemos valorar: defecación, diuresis, micción, heces, sudor, orina.
Factores que influyen en esta necesidad: alimentación, ejercicios, edad, horario de eliminación intestinal, estrés, normas sociales.

4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura:

Términos que debemos valorar: amplitud, ejercicios activos, ejercicios pasivos, ejercicios físicos, frecuencia del pulso, mecánica corporal, postura, presión arterial, presión diferencial, presión diastólica, pulsación, ritmo, tono muscular.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, personalidad, cultura, roles sociales, organización social.

5.- Necesidad de dormir y descansar:

Términos que debemos valorar: descanso, sueño, ritmo circadiano, sueños.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, ejercicio, hábitos ligados al sueño, ansiedad, horario de trabajo.

6.- Necesidad de vestirse y desvestirse:

Términos que debemos valorar: vestimenta, ropa

Factores que influyen en esta necesidad: edad, talla y peso, creencias, emociones, clima, status social, empleo, cultura.

7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:

Términos que debemos valorar: producción de calor, eliminación de calor.

Factores que influyen en esta necesidad: sexo, edad, ejercicio, alimentación, hora del día, ansiedad y emociones, lugar de trabajo, clima, vivienda.

8.- Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos:

Términos que debemos valorar: faneras, tegumentos

Factores que influyen en esta necesidad: edad, temperatura, ejercicio, alimentación, emociones, educación, cultura, corriente social, organización social.

9.- Necesidad de evitar los peligros:

Términos que debemos valorar: entorno familiar, medio ambiente, inmunidad, mecanismos de defensa, medidas preventivas, seguridad física, seguridad psicológica.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y desarrollo, mecanismos de defensa, entorno sano, status socioeconómico, roles sociales, educación, clima, religión, cultura.

10.- Necesidad de comunicar:

Términos que debemos valorar: accesibilidad de los que intervienen, conocimiento del yo, intercambio, vía de relación, estímulo.

Factores que influyen en esta necesidad: integridad de los órganos de los sentidos y las etapas de crecimiento, inteligencia, percepción, personalidad, emociones, entorno, cultura y status social

11.- Necesidad de actuar según sus creencias y sus valores:

Términos que debemos valorar: creencias, fe, ideología, moral, religión, ritual, espiritualidad, valores.

Factores que influyen en esta necesidad: gestos y actitudes corporales, búsqueda de un sentido a la vida y a la muerte, emociones, cultura, pertenencia religiosa.

12.- Necesidad de ocuparse para realizarse:

Términos que se deben de valorar: autonomía, autoestima, rol social, estatus social, valoración.

Factores que influyen en esta necesidad: edad y crecimiento, constitución y capacidades físicas, emociones, cultura, roles sociales.

13.- Necesidad de recrearse:

Términos que se deben de valorar: diversión, juego, ocio, placer.

Factores que influyen en esta necesidad: edad, constituciones y capacidades físicas, desarrollo psicológico, emociones, cultura, roles sociales, organización social.

14.- Necesidad de aprender:

Términos que se deben de valorar: aprendizaje, enseñanza

Factores que influyen en esta necesidad: edad, capacidades físicas, motivación, emociones, entorno.

Para determinar qué necesidad está afectada y formular un diagnóstico de enfermería.

Estos diagnósticos pueden ser: Reales, Potenciales y de Salud.

Otra formulación para diagnósticos es la del formato P.E.S (P=problema, E= etiología, S=signos y síntomas)

Planeación: Sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas.

- 1) Elección del modo de intervención.
- 2) Determinación de actividades que implique a la persona en su propio cuidado.

Ejecución: Ayudar a la persona para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir en forma tranquila.

Las intervenciones son personalizadas, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental de la persona.

Evaluación: Ayuda a determinar los criterios que indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la ejecución.

Permite a la persona conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las 14 necesidades lo más rápidamente posible.

La enfermera y la persona deben establecer si el plan ha sido efectivo y si hay algún cambio en el mismo.

CAPÍTULO 3: ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El decálogo de ética del personal de enfermería en México:

- ▶ Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
- ▶ Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
- ▶ Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
- ▶ Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
- ▶ Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
- ▶ Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
- ▶ Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
- ▶ Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
- ▶ Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

- ▶ Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

Dentro de la carrera y el ejercicio profesional de enfermería son muy importantes los aspectos éticos debido a que nuestro ejercicio se debe a la interacción y trato directo con la persona misma, nunca se debe de olvidar ninguno de los aspectos mencionados ya que van con cuerdo a los diferentes fundamentos de enfermería como son:

- 1) Respetar la individualidad del paciente.
- 2) Mantener los signos vitales dentro de los parámetros normales.
- 3) Proteger al paciente de causas externas a su enfermedad.
- 4) Ayudar al retorno útil de su vida cotidiana.

CAPÍTULO 4: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL EQUIPO DE SALUD

Orientar al profesional para que su práctica profesional se de calidad, se mencionan nuevas teorías que se pueden poner en práctica para tener menos complicaciones durante la atención a la mujer embarazada.

4.1 Justificación

Tener los parámetros que permitan disminuir los riesgos de una complicación y las acciones a realizar en la presentación de estas situaciones tanto por el personal médico y de enfermería. El equipo de salud debe de estar capacitado para poder disminuir la ansiedad de la paciente y priorizar de acuerdo al riesgo que presentan, y tener el equipo de necesario, los conocimientos y el personal capacitado.

4.2 Fundamentación

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.

Salud reproductiva de la Organización mundial de la salud.

4.3 Objetivos

Obtener parámetros que ayuden a disminuir la incidencia de cesáreas mal prácticas por personal no capacitado.

Crear un ambiente con trato digno y de calidad para la mujer embarazada por el personal y ayudarla a la resolución de sus dudas e inquietudes.

4.4 Metodología

Desarrollar una adecuada política entre los profesionales y revisión de los pagos. Premiar al profesional que realiza menos cesáreas manteniendo los mismos parámetros de calidad.

La mayor dedicación del personal que atiende al parto requiere una compensación económica, habiéndose demostrado que la dirección médica del parto, desde su inicio, disminuye la tasa de cesáreas.

Cambios educacionales en los equipos. En primer lugar ha de haber un cambio cultural significativo entre los profesionales y presentar sus propios resultados, su evolución o los cambios en sus tendencias a modo de autoevaluación de forma periódica.

Organización de un programa dedicado a la disminución de las cesáreas, como por ejemplo las sesiones clínicas de discusión de los casos, o incluso el análisis por pares de todos los casos, aparte de que exista una supervisión general por parte de la comisión de control de calidad.

Adecuada infraestructura y adecuado entrenamiento del personal. Es importante la detección precoz de los factores potencialmente modificables que puedan aparecer a lo largo del parto que puedan favorecer la finalización en cesárea y disponer de los medios necesarios para corregirlos.

Un adecuado control prenatal incluyendo la educación médico-obstétrica ayudar también a evitar la aparición de condiciones que generen indicaciones de cesárea.

Un soporte emocional adecuado por parte del equipo médico para evitar la presión social que en un momento se puede ejercer sobre el médico, obligándolo a decidir la intervención sin una indicación precisa.

Protocolización de los casos más frecuentes, cada servicio ha de disponer pautas de actuación en los diferentes casos de presentación podálica, de parto estacionado, prematuros, sospecha de sufrimiento fetal, inducción del parto y casos de cesárea anterior.

METODOLOGIA

La Investigación Descriptiva

El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.

Etapas:

1. Examinan las características del problema escogido.
2. Lo definen y formulan sus hipótesis.
3. Enuncian los supuestos en que se basan las hipótesis y los procesos adoptados.
4. Eligen los temas y las fuentes apropiados.
5. Seleccionan o elaboran técnicas para la recolección de datos.
6. Establecen, a fin de clasificar los datos, categorías precisas, que se adecuen al propósito del estudio y permitan poner de manifiesto las semejanzas, diferencias y relaciones significativas.
7. Verifican la validez de las técnicas empleadas para la recolección de datos.
8. Realizan observaciones objetivas y exactas.
9. Describen, analizan e interpretan los datos obtenidos, en términos claros y precisos.

Recolección de datos:

En el informe de la investigación se señalan los datos obtenidos y la naturaleza exacta de la población de donde fueron extraídos. La población constituye siempre una totalidad. Las unidades que la integran pueden ser individuos, hechos o elementos de otra índole. Una vez identificada la población con la que se trabajará, entonces se decide si se recogerán datos de la población total o de una muestra representativa de ella. El método elegido dependerá de la naturaleza del problema y de la finalidad para la que se desee utilizar los datos.

Cualitativos (mediante símbolos verbales): Se usan en estudios cuyo objetivo es examinar la naturaleza general de los fenómenos. Los estudios cualitativos proporcionan una gran cantidad de información valiosa, pero poseen un limitado grado de precisión, porque emplean términos cuyo significado varía para las diferentes personas, épocas y contextos. Los estudios cualitativos contribuyen a identificar los factores importantes que deben ser medidos.

Estudios de interrelaciones.

Si el objeto es identificar las relaciones que existen entre los hechos para lograr una verdadera comprensión del fenómeno a estudiar, los estudios de esta índole son los estudios de casos, estudios causales comparativos y estudios de correlación.

Estudio de casos:

El educador realiza una investigación intensiva de una unidad social o comunidad. Para ello recoge información acerca de la situación existente en el momento en que realiza su tarea, las experiencias y condiciones pasadas y las variables ambientales que ayudan a determinar las características específicas y conducta de la unidad. Después de analizar las secuencias e interrelaciones de esos factores, elabora un cuadro amplio e integrado de la unidad social, tal como ella funciona en la realidad. El interés en los individuos no es

considerándolo como personalidad única, sino como tipos representativos. Se reúnen los datos a partir de una muestra de sujetos cuidadosamente seleccionados y se procuran extraer generalizaciones válidas sobre la población que representa la muestra.

El objetivo de los estudios de casos consiste en realizar una indagación a profundidad dentro de un marco de referencia social; las dimensiones o aspectos de dicho marco dependen de la naturaleza del caso estudiado. Un estudio de casos debe incluir una considerable cantidad de información acerca de las personas, grupos y hechos con los cuales el individuo entra en contacto y la naturaleza de sus relaciones con aquéllos. Los seres humanos desarrollan una constante interacción con diversos factores ambientales, por eso es imposible comprender su conducta sin examinar tales relaciones. Los datos deben provenir de muchas fuentes.

Se puede interrogar a los sujetos mediante entrevistas o cuestionarios y pedirles que evoquen experiencias pasadas o sus deseos y expectativas presentes. Se estudian documentos personales como diarios y cartas, efectuando distintas mediciones físicas, psicológicas o sociológicas. Se puede interrogar a padres, hermanos y amigos de los sujetos, analizar archivos de los tribunales, escuelas, hospitales, empresas o instituciones sociales. Los estudios de casos son similares a las encuestas, pero en ellos hay un estudio intensivo de una cantidad limitada de casos representativos, en lugar de reunir datos de pocos aspectos de un gran número de unidades sociales. Tiene un alcance más limitado pero es más exhaustivo que el de encuestas, y le da más importancia a los factores cualitativos.

Estudios causales comparativos:

Si además de pretender descubrir cómo es un fenómeno se quiere saber de qué manera y por qué ocurre, entonces se comparan semejanzas y diferencias que existen entre fenómenos, para descubrir los factores o condiciones que parecen acompañar o contribuir a

la aparición de ciertos hechos y situaciones. Por la complejidad y naturaleza de los fenómenos sociales, es menester estudiar las relaciones de causalidad. Este tipo de estudio se usa en los casos en que los investigadores no pueden manejar una variable independiente y establecer los controles requeridos en los experimentos.

En un estudio causal comparativo el investigador analiza la situación vital en la cual los sujetos han experimentado el fenómeno que se quiere investigar. Después de estudiar las semejanzas y diferencias que hay entre dos situaciones, entonces podrá describir los factores que parecen explicar la presencia del fenómeno en una situación y su ausencia en la otra. Esta investigación tiene su origen por el método utilizado por John Stuart Mill para descubrir las situaciones causales, que establece que “si dos o más instancias del fenómeno investigado tienen sólo una circunstancia en común, en la cual todas las instancias concuerdan, es la causa (o efecto) del fenómeno dado”. Este método proporciona al investigador la doble posibilidad de control sobre sus conclusiones acerca de las relaciones de causalidad.

Las dificultades posibles de explicar los fenómenos en este tipo de estudios reside en la imposibilidad de establecer un control más allá de poner a prueba tantas hipótesis alternativas como sea posible; si al estudiar el problema el factor produce un efecto determinado no se incluye entre los puntos considerados, entonces no será posible averiguar la causa (si se desea hallar las posibles causas de los fenómenos y desechar los factores aleatorios se debe poseer suficiente información general acerca de tales fenómenos y elaborar cuidadosamente sus procedimientos de observación); al exigir que sea un solo factor el que determine la aparición o ausencia de un fenómeno, muchas veces en los fenómenos sociales complejos se obedece a múltiples causas; cuando dos variables se hallan relacionadas entre sí es difícil determinar cuál de ellas es la causa y cuál el efecto; al intentar clasificar a los sujetos en grupos dicotómicos a fin de establecer comparaciones entre ellos, los fenómenos sociales sólo presentan similitudes si se incluyen en las más amplias categorías, aunque se sabe que los hechos sociales no se clasifican automáticamente en categorías exclusivas (por

lo general la comparación entre dos variables indefinidas proporciona escasa información útil sobre el fenómeno que se pretende explicar).

Cuando se trata de estudios en los que se comparan situaciones normales, la tarea de seleccionar no requiere los mismos cuidados y precauciones que en el caso de los estudios experimentales, generalmente resulta difícil hallar grupos de elementos que sean similares en todos sus aspectos, excepto en lo que respecta al hecho de hallarse expuestos a una variable distinta (siempre existe el peligro de que los grupos presenten diferencias en relación con otras dimensiones que pueden afectar los resultados del estudio).

Estudios de correlación:

Se utilizan para determinar la medida en que dos variables se correlacionan entre sí, es decir el grado en que las variaciones que sufre un factor se corresponden con las que experimenta el otro. Las variables pueden hallarse estrecha o parcialmente relacionadas entre sí, pero también es posible que no exista entre ellas relación alguna. Puede decirse, en general, que la magnitud de una correlación depende de la medida en que los valores de dos variables aumenten o disminuyan en la misma o en diferente dirección. Si los valores de dos variables aumentan o disminuyen de la misma manera, existe una correlación positiva; si, en cambio, los valores de una variable aumentan en tanto que disminuyen los de la otra, se trata de una correlación negativa; y si los valores de una variable aumentan, los de la otra pueden aumentar o disminuir, entonces hay poca o ninguna correlación.

En consecuencia la gama de correlaciones se extiende desde la perfecta correlación negativa hasta la no correlación o la perfecta correlación positiva. Las técnicas de correlación son muy útiles en los estudios de carácter predictivo. Si bien el coeficiente de correlación sólo permite expresar en términos cuantitativos el grado de relación que dos variables guardan entre sí, no significa que tal relación sea de orden causal. Para interpretar el significado de una relación se debe recurrir al análisis lógico, porque la computación

estadística no dilucida el problema. Sus riesgos son los mismos que en los estudios causales comparativos.

Variables

Complicaciones de los partos abdominales.

Indicaciones de parto abdominal como mejor resolución del embarazo.

CONCLUSIÓN

La disminución de la cesárea innecesaria en todas las instituciones de salud de México debe ser una acción prioritaria, ya que expone a las madres y a sus hijos a una mayor morbilidad y mortalidad. La estrategia más importante se debe dirigir a evitar la primera cesárea, no sólo por sus propias implicaciones, sino también por los riesgos en los embarazos y partos subsecuentes, así como por el gasto adicional que se utiliza para dicha práctica clínica, el cual debiera ser redirigido para solventar otros problemas de salud sexual y reproductiva.

Como ya lo sea mencionado anteriormente la realización de la cesárea puede traer varios beneficios así como sus respectivas complicaciones y desventajas.

Se debe de hacer conciencia en la sociedad para poder tomar las mejores decisiones para la resolución del embarazo, la mujer debe de estar consciente de la cesárea traen consigo diversas complicaciones, y aumenta el riesgo de muerte materna.

El equipo de salud debe de estar capacitado para poder sobrellevar las complicaciones que se puedan presentar durante la hospitalización de la paciente.

La investigación realizada tenía como finalidad dar a conocer las indicaciones más frecuentes de parto abdominal, la mayoría de estas indicaciones se dieron por parte del personal médico y en ocasiones la paciente desconoce la realidad del procedimiento a realiza En la sociedad se cree que las cesáreas son muy seguras, rápidas y con el menor grado de dolor pero de igual manera tienen todo lo contrario, todo procedimiento quirúrgico conlleva un alto riesgo de mortalidad por diferentes factores.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Documentos

Cabero Roura Luis,D. Saldivar Rodriguez, **Obstetricia y medicina materno-fetal**, Pag. 1156-1161

Ricardo Arencibia Jorge, Operación cesárea: recuento histórico, Pp. 5-15

Modelo de atención de enfermería obstetricia

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Quinta edición, Pag. 243-245

Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México.

Conde-Agudelo A, Belizan JM, Diaz-Rossello JL. Epidemiología de muerte fetal en America Latina. *Obstetricia y ginecología*. 2000; 79:371-378

Sitios web

<http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-6/RFM47605.pdf>

<http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/cesareas.pdf>

<http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf>

<http://noemagico.blogia.com/2006/091301-la-investigacion-descriptiva.php>

http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S003636342007000200007&script=sci_arttext

<http://www.mitecnologico.com/Main/MarcoTeorico#sthash.SY1FvIKl.dpuf>

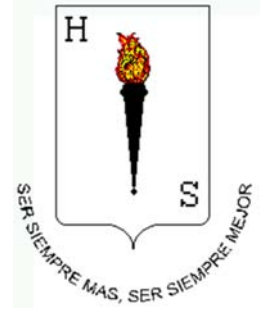
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1006/1/Parto-en-presentacion-podalica-Situacion-transversa.html>

<http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf>



ANEXO 1:

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia



**Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra
Señora de la Salud**

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Octavo semestre

“Seminario de Tesis”

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia