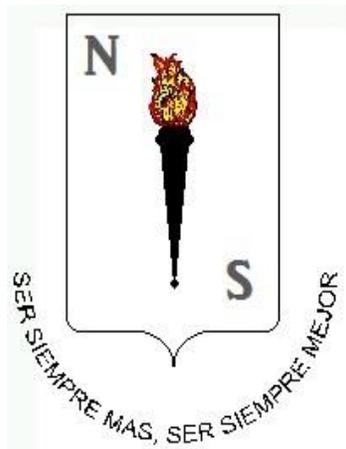


ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE  
NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CLAVE 8722



TESIS:

**CESAREA.**

ALUMNA:

SELENE TORRES DE LA CRUZ.

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARIA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO.

MORELIA, MICHOACAN 2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

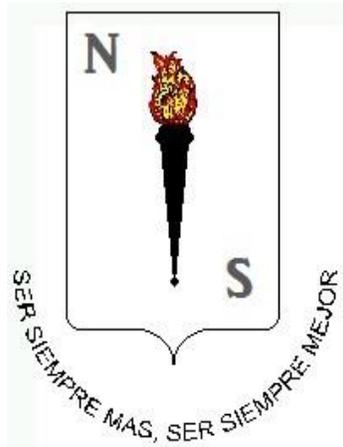
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

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

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CLAVE 8722



TESIS:

**CESAREA.**

ALUMNA:

SELENE TORRES DE LA CRUZ.

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARIA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO.

MORELIA, MICHOACAN. 2018

# INDICE

## Contenido

<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>1</b>
1.1 Antecedentes de la cesárea.....	1
1.2 Concepto de cesárea.....	8
1.3 Control prenatal.....	8
1.3.1 Control prenatal general.....	9
1.4 Trabajo de parto.....	13
1.4.1 El trabajo de parto real.....	16
1.4.2 Trabajo de parto falso (o de “práctica”).....	16
1.4.3 Etapas de trabajo de parto.....	17
1.4.4 Movimientos cardinales del parto.....	20
1.4.5 Momento del parto.....	22
1.4.6 Mala atención del trabajo de parto.....	23
1.5 Pelvimetría.....	27
1.5.1 Uso de pelvimetría.....	27
1.5.2 Planos pélvicos.....	28
1.5.3 Tipos de pelvis.....	29
<b>CAPÍTULO II. VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA CESÁREA.....</b>	<b>31</b>
2.1 Definición.....	31
2.2 Terminología.....	31
2.3 Plan de enfermería.....	32
2.3.1 Indicaciones de la operación cesárea.....	33
2.3.2 Tipos de cesárea.....	36
2.3.3 Causas por las que se decide practicar una cesárea.....	37
2.3.4 Anomalías.....	38
2.3.5 Motivos que afectan a la madre.....	38
2.3.6 Según técnica quirúrgica.....	41
2.3.7 Beneficios de la cesárea.....	43
2.3.8 Riesgos.....	43

2.4 Cuidados previos y posteriores al procedimiento.....	44
2.4.1 Factores de riesgo del parto por cesárea.....	45
2.4.2 Posibles complicaciones durante una Cesárea.....	46
2.4.3 Posibles complicaciones después de una cesárea.....	47
2.5 Cuidados de la cesárea.....	49
2.6 Código de ética de enfermería.....	50
2.7 Decálogo de la enfermera.....	52
<b>CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>54</b>
3.1 La principal pregunta de investigación: .....	54
3.2 Justificación. ....	56
3.3 Objetivo general.....	56
3.4 Objetivos específicos.....	56
3.5 Hipótesis.....	57
3.6 Variable. ....	57
3.6.1 Variables Independientes.....	57
3.6.2 Variable dependiente.....	58
3.7 Estrategia metodológica.....	60
<b>CAPITULO IV: DESCRIPCION DE RESULTADOS.....</b>	<b>63</b>

**Conclusión**

**Glosario**

**Fuentes de consulta**

**Anexos**

## *AGRADECIMIENTO.*

*A Dios*

*Por haberme puesto en el camino elegido, en donde yo puedo dar algo útil para los demás, haciendo el bien sin mirar a quien.*

*A LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.*

*Institución que me dio la oportunidad de realizar la carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.*

*A MIS MAESTROS.*

*A todos los que me brindaron sus conocimientos durante cuatro años en todo mi proceso de formación educativa, por su apoyo y confianza.*

*En especial a dos profesores que fueron importantes para la culminación de mis estudios Dr. Alfonso Zamudio Pedraza y a la Lic. Gabriela Díaz, las cuales son personas admirables y respetables, por darme la oportunidad de realizar mi meta, a pesar de lo difícil que fue, por la motivación que me daban de seguir adelante.*

*Gracias...*

## **DEDICATORIA.**

*A mis padres.*

*Al final de esta etapa en mi vida agradezco a todo lo que han hecho por mí, gracias por ser uno de los motivos que influyeron a terminar mis estudios y que han sido los testigos del camino difícil que he recorrido, siendo apoyo incondicional motivándome en todo momento para llevar a cabo mi meta.*

*A mis hermanas mayores Sandra y Lorena Torres quienes me apoyaron económicamente para lograr mis años de estudios.*

*En general a toda mi familia este logro es también resultado de ustedes por la confianza que me brindaron, el apoyo, la dedicación constante de no dejar derrumbar mi sueño por los obstáculos que presente en el camino.*

## INTRODUCCIÓN.

La presente investigación acerca de la cesárea tiene como finalidad el dar a conocer las principales indicaciones de la cesárea, así como sus complicaciones y las intervenciones de enfermería, debido a esto se trata de abordar la preparación física, psicológica y emocional de la paciente, sobre todo en qué información tiene tanto la usuaria como la enfermera.

El tema central se expone el procedimiento quirúrgico de la cesárea, las complicaciones que pueden existir y de igual manera las intervenciones que realiza la enfermera con la paciente.

La investigación muestra los diferentes riesgos y beneficios de esta cirugía, comparada con un parto vaginal algo que está claro es que cada cesárea aumenta el riesgo de padecer complicaciones serias en los siguientes embarazos.

La enfermera debe tener los conocimientos, habilidad y destreza para brindar cualquier intervención y llevar un buen control durante la estancia de la paciente, así como la información que esta requiera.

Además, se mencionan los tipos de incisiones quirúrgicas y su utilización en cada caso de acuerdo con el 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 el mejor tratamiento para la paciente y para la conservación de la salud.

Con esta investigación la información oportuna que se le brinde a la embarazada será de suma importancia en hacer énfasis en el mejor manejo a usuarias, respetando sus opiniones y orientándolas 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.

# CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.

En este capítulo presento el contenido de la investigación en cuanto a él procedimiento quirúrgico para así de esta manera saber más acerca del tema.

## 1.1 Antecedentes de la cesárea.

Varias ciudades que fueron fundadas, o embellecidas por emperadores romanos recibieron el nombre de Cesárea lo que permite hacer una idea de que los romanos tienen mucho que ver con él.

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.

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 césares); 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 césares nació por vía abdominal.

La ley romana llamada “Lex Regia” del año 715 AC 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 AC

y el Talmud, hacen referencias a nacimientos por cesáreas y los ritos de aquellos nacidos mediante esta operación.

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 AC según Boley.

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.

Lo cierto es que muy pocos niños vieron la luz con vida por medio de tal procedimiento. Lo infrecuente de la supervivencia fetal, debida fundamentalmente a la demora en la extracción del feto, fue una de las causas de que se reprobase una operación tan aparatosa y sangrienta.

La cesárea en una mujer viva, por razones éticas, resultaba aún inconcebible, y hubo que esperar a la etapa renacentista para que los médicos intentaran hacerle frente de una manera científica a los problemas causados por las complicaciones durante el parto. Igualmente dudosa resulta la anécdota de Caspar Bauhim (1550-1624), en su traducción al latín de la obra de Rousset, el cual atribuye la gloria al castrador de cerdos suizo Jacob Nufer, quien en el año 1500 asistió en el proceso

de parto a su esposa Elizabeth Alice Pachín (8) y, ante la imposibilidad del nacimiento, abrió el abdomen de la mujer con un cuchillo, extrajo el niño sin lesión alguna, y suturó la herida abdominal según costumbre veterinaria, con la sorprendente supervivencia tanto de la madre como del niño.

En el primer texto italiano sobre obstetricia, indicó por primera vez en el mundo la operación cesárea en los casos de pelvis estrecha. Mercurio, como Rousset, tampoco practicó la operación, aunque dijo durante su viaje por Francia que la operación era tan corriente en ese país como la sangría entre los italianos para el dolor de cabeza. Pero lo realmente cierto es que esta operación se acompañaba de una mortalidad casi del 100 %, debido a que se efectuaba como último recurso para que dieran a luz las pacientes que habían estado durante largo tiempo en labores de parto y quienes, a causa de infección intrauterina y deshidratación, se hallaban en pésimas condiciones. Además, la hemorragia derivada de la incisión uterina aumentaba las catástrofes del período postparto.

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. 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 criticó a quienes aconsejaban hacer la operación. Únicamente consentía la operación post mortem. Durante esta época no había anestesia; la incisión solía hacerse en el abdomen por fuera de los músculos rectos, en el sitio hacia el que se rotara el útero, con el fin de proteger la vejiga. El niño se extraía por el costado de la madre. Solía hacerse una incisión longitudinal

en el útero y se dejaba abierto. Rousset aconsejaba en ese momento colocar una infusión de hierbas y una cánula para el drenaje de los loquios hacia la vagina, dado que la causa de la muerte era la infección. Se creía que el escape de los loquios hacia la cavidad abdominal era el factor causante de la sepsis. Si bien no se cerraba el útero, la incisión abdominal se aproximaba con unos cuantos puntos burdos y un empasto pegajoso.

Ruleau en 1704 y Dionis en 1718 se manifestaron contrarios a la operación. De la Mote, describió en 1721 el primer caso de endometriosis laparotomía después de una cesárea.

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 Mulleron (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 Theodore Étienne Lauerjat (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.

En 1742, Ould en el “Tratise of Midwferly”, señaló que la cesárea era repugnante, no sólo para todas las reglas de teorías y prácticas, sino también para la humanidad. Otros científicos eran más flexibles como Burton y William Smellie, quienes apoyaban el procedimiento en algunos casos y con recomendaciones. En 1768 introdujo Segauten la sinfisiotomía y, en 1769, Lebas, un cirujano francés, fue el primero en cerrar la histerotomía, por lo que fue muy criticado.

En Inglaterra en 1799, Barlow fue el primer médico en hacer la operación con supervivencia materna. No hubo otro caso favorable en ese país hasta 1834. Desde finales del siglo XVIII la cesárea registra progresos en su técnica operatoria; unos preconizan la incisión transversal, como Laverjat, otros la longitudinal, como Levret. Como métodos alternativos se usaban la craneotomía y los fórceps altos, pero Williams, en 1779 concluyó que el fórceps alto era más mortal que la cesárea. Muchas referencias hay en cada país acerca de la primera cesárea.

Así, en Colombia, se señala que la primera se realizó en 1844, en Estados Unidos en 1827 por Richmond, en Cincinnati; sin embargo, hay otras referencias en las que se plantea que la primera cesárea realizada en ese país fue en 1764, en un camarote, por el Dr. Bennett: su esposa presentaba una estrechez pélvica que hacía imposible el parto normal y a petición suya, en una mesa de operaciones consistente en 2 tabloncillos apoyados sobre toneles, sin ninguna anestesia y sujeta por 2 mujeres, el médico incidió rápidamente el abdomen y extrajo un niño vivo. Sin embargo, este éxito nunca vio la luz pública, pues como confesara el propio Bennett “ningún médico ajeno al caso lo hubiera creído”.

En Cuba, el Dr. Enrique Fortún André, cirujano del Hospital “Calixto García”, opera en 1900 el primer embarazo ectópico y realiza además la primera cesárea con feto vivo. En Gran Bretaña, la primera cesárea fue hecha por el Dr. Smith de Edimburgo, y resultó un gran fracaso. El feto falleció probablemente por un desprendimiento prematuro de la placenta y la madre murió 18 horas después. La primera operación realizada en Gran Bretaña en que la madre vivió fue hecha por una partera llamada Mary Donally.

Hay un tercer período en la historia de la cesárea donde ya se toma conciencia de las causas de muerte en esta operación y de las técnicas que se deben realizar, donde se señala que es a partir de 1876 en que se hace énfasis en la infección como primera causa de muerte, aspecto señalado por Cavallini desde 1868.

Con la sutura uterina que practica Wiel desde 1835, entra esta operación en una nueva era de progreso. 5 6 Autores como Porro, Müller, Taylor y otros, hacen innovaciones en ese sentido.

Bichot en 1870 introduce la histerectomía total. Sanger, ayudante de Kredé en Leipzig, en 1882 incorpora la sutura de la pared uterina a puntos separados en 2 planos paralelos.

En 1912, Kröing en Alemania, postula la incisión vertical uterina, pero ya advierte sobre la ventaja de practicarla en el segmento inferior, hasta que en 1926 Kehr crea su clásica incisión segmentaria transversal que se practica en nuestros días.

En primer lugar, se cree que se le atribuyó este nombre debido a que el célebre Julio César nació gracias a una operación de cesárea en el 100 a. C. Y, en segundo lugar, el término también podría provenir del verbo latino caedere, cuyo significado es cortar, efectuar una fisura.

Aunque muchas pacientes la solicitan y quizás algunos se dejen influir por ellas, resulta evidente que actualmente, ha logrado salvar muchas vidas, tanto del producto de la concepción, como de la propia madre. Sin embargo, su morbilidad y mortalidad continúan presentes, por lo que la vigencia de este proceder radica en el cumplimiento estricto de sus indicaciones.

## **1.2 Concepto de cesárea.**

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción del feto a través de una incisión quirúrgica en la pared abdominal materna y el útero. La cual se logra la liberación del producto por medio de una incisión en el abdomen y el útero de la paciente. En una cesárea clásica, la incisión se hace en el cuerpo del útero. Puede hacerse rápidamente; por tanto, suele llevarse a cabo cuando existe una urgencia, como en hemorragia o prolapso de cordón.

Se denomina cesárea al parto abdominal por lo tanto la cesárea es una intervención quirúrgica abdominal que se realiza para extraer al feto llamado histerectomía.

En una sección cervical baja, la incisión se hace en la porción inferior del útero, y se reduce la posibilidad de que material infectado entre en la cavidad peritoneal. Se refiere este tipo de sección en una madre que ha estado en parto varias horas o que ha sufrido rotura de las membranas hace ya algunas horas. La cesárea es un procedimiento antiguo y se sabe que se realizaba desde unos 200 años antes de Cristo, pero con una alta mortalidad materna.

Existen tres tipos de cesárea Clásica, Kerr, Kroning que más adelante se explicara.

## **1.3 Control prenatal.**

Es una serie de consultas que debe seguir la mujer embarazada, desde que se da cuenta hasta el momento de su parto.

Esta sección cubre una variedad de temas importantes relacionados con el control prenatal. Una revisión cuestiona la utilidad de la medición rutinaria de la altura uterina durante el embarazo. Otra revisión informa que la suplementación

con micronutrientes múltiples durante el embarazo no ofrece beneficios adicionales en comparación con la suplementación con hierro y ácido fólico únicamente. Una de las revisiones acerca del aborto espontáneo informa que el uso de progestágenos en el embarazo temprano a medianamente avanzado no previene la amenaza de aborto espontáneo.

**Objetivo.** - identificar la patología que perjudique la buena evolución de un embarazo, tratando que este finalice con una madre y un hijo sanos.

### **1.3.1 Control prenatal general.**

Lo que se presenta a continuación son algunas estrategias que se toman para llevar un buen control.

- ✓ Apoyo durante el embarazo a mujeres con mayor riesgo de recién nacidos de bajo peso al nacer
- ✓ Atención por parteras versus otros modelos de atención para mujeres en edad fértil
- ✓ Cardiotocografía prenatal para la evaluación fetal
- ✓ Entrenamiento de las parteras para mejorar las conductas relacionadas con la salud y los resultados del embarazo
- ✓ Entrenamiento muscular del piso pélvico para la prevención y el tratamiento de la incontinencia urinaria y fecal en embarazadas y puérperas
- ✓ Medición de rutina de la altura uterina durante el embarazo

Esto es de suma importancia ya que el no acudir a las consultas evita la información que la usuaria pueda tener en relación con su embarazo, si él bebe que espera lleva un buen desarrollo u existe algún riesgo.

## **Frecuencia de las consultas prenatales.**

Se deberá realizar las consultas de la siguiente manera:

Desde el diagnóstico del embarazo hasta los 7 meses lunares siendo esto cada mes.

De los 7 a 8 meses lunares su revisión será cada 15 días.

Y en el último mes la consulta será cada semana hasta que llegue el momento del parto.

Si existen complicaciones o el embarazo se considera de alto riesgo las consultas son más frecuentes a criterio del médico y de la gravedad de alto riesgo.

## **Acciones que realizan en la consulta prenatal**

1. Historia clínica obstétrica completa
2. Estudios de control prenatal (laboratorio y gabinete BH completa incluyendo cuenta de plaquetas, grupo sanguíneo y RH, glucosa, urea, creatinina y ácido úrico, VDRL, anticuerpos anti-VIH, EGO).
3. Ultrasonido obstétrico u Endo vaginal a partir de las 12 SDG y después de las 12 SDG hasta el parto, es ultrasonido pélvico con transductor convexo de 3.5 mhz y con la vejiga llena que sirve como ventana acústica.
4. Medicamentos: ácido fólico 5 mg c/24 hrs, vitaminas y minerales después de las 12 SDG y hasta el puerperio, incluso durante la lactancia, ácidos omegas III 200 mg c/ 24hrs. El calcio se puede manejar después de las 12 SDG.
5. Higiene: baño diario aseo genital con jabón neutro.

Aseo bucal después de cada alimento con pasta dentífrica, usar hilo dental, masaje a encías, en ocasiones el uso de enjuague bucal.

Aseo gentil de los orificios naturales, usar lubricantes nasales pero que no tengan vasoconstrictor.

Cambio de ropa interior diario y de preferencia 100% de algodón.

Evitar los pantis protectores, pantimedias, licras, pantalones ajustados.

Uso de ropa holgada, floja en el área abdominal.

Usar colores alegres vivos, evitar el color gris porque es depresor o negro, azul marino, café.

El zapato no debe ser más de 5 cm de tacón de preferencia con suela antiderrapante, de piel, cómodos que eviten algún accidente.

No se recomienda baños en alberca.

Prohibidos los juegos acuáticos.

No exposición a los rayos solares de manera excesiva.

No permanecer cerca de fuentes de calor.

No bañarse con agua muy caliente.

Fomentar el uso de cremas humectantes y con elastina en las zonas propensas a estrías.

Puede usar fajas o soportes de maternidad.

Debe usar desodorante sin antitranspirante.

Corte de uñas después del sexto mes lunar se debe conseguir ayuda para cortar las uñas de los pies.

Lubricarse el pezón y prepararlo para la lactancia.

Se pueden usar tintes para el pelo, pero evitando el contacto con el cuero cabelludo o de preferencia que sean productos naturales.

Se deberá evitar la inhalación de vapores tóxicos como aguarrás, tinner, acetona, polímeros, cloro.

Limitar la vida sexual por el riesgo de infecciones, amenaza de aborto, parto inmaduro, ruptura prematura de membranas.

Recomendaciones dietéticas.

Comer a sus horas

Evitar el exceso de grasa, irritantes y condimentos.

Tomar abundantes líquidos.

Evitar bebidas azucaradas.

Disminuir el consumo de repostería.

No comer comida chatarra y disminuir los carbohidratos.

La embarazada podrá consumir alimentos sustitutos del azúcar.

Ejercicio físico en el embarazo.

La embarazada puede practicar después de las 20 SDG, ejercicios como el yoga, natación, bicicleta, estática.

Evitar ejercicios de alto impacto.

## 1.4 Trabajo de parto.

Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que, desencadenados al final de la gestación, que tienen por objeto la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía vaginal.

Se divide en tres periodos:

1. Dilatación (primer periodo)
  2. Expulsión (segundo periodo)
  3. Alumbramiento (o tercer periodo)
- 
- a) Primer periodo del trabajo de parto: comienza el inicio de las contracciones uterinas y la presencia de cambios cervicales, se divide en fase latente y fase activa.
  - b) Fase latente: es el periodo de tiempo donde hay contracciones irregulares y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta 4cm y que en promedio dura aproximadamente 18 horas en pacientes nulíparas y en pacientes multíparas 12 horas.
  - c) Segundo periodo del trabajo de parto (expulsión): comienza con dilatación completa y concluye con la expulsión del feto, tiene una duración promedio de 1 máximo 2 horas con analgesia y de 60 minutos en multíparas sin analgesia obstétrica.
  - d) Tercer periodo del trabajo de parto (alumbramiento): periodo comprendido desde el pinzamiento y corte del cordón umbilical del recién nacido hasta la expulsión de la placenta y membranas; que tienen una duración promedio de 30 minutos.

## Clasificaciones:

Según la edad de la gestación en que ocurre el parto se clasifica:

- I. Parto prematuro. - entre las 20 a las 28 semanas
- II. Parto pretérmino o prematuro: - Entre las 28 y las 36 semanas.
- III. Parto de término: - Entre las 37 y 40 semanas.
- IV. Parto posttérmino. - Después de la semana 42 en adelante. Por la su forma de inicio.
- V. Espontáneo. - Cuando se desencadena el trabajo de parto en forma normal acorde con los mecanismos fisiológicos materno-gestación.
- VI. Inducido. - Cuando se utiliza alguna técnica médica como sería la Maduración Cervical usando Prostaglandinas PG2alfa, o Inducción con medicamentos oxitócicos.

Previo al ingreso de una paciente a la Sala de Trabajo de Parto o Labor, que sea candidata que estar en ese lugar por no tener factores de riesgo descontrolado, y se encuentre con un embarazo de término se deberán practicar una evaluación adecuada de la paciente que incluyan las Maniobras de Leopold y exploración vaginal en forma manual para determinar:

La Presentación del Producto. - Que es cefálica o podálica, y que entendemos como la parte del producto que se presenta al estrecho superior de la pelvis y es capaz de desencadenar un trabajo de parto. por Orientación Fetal. - Que es la relación del eje longitudinal del producto con relación al de la madre, puede ser Longitudinal o Transverso de dorso superior o inferior por Posición.

La cual se definido como la relación del punto toconómico de la presentación fetal con el lado izquierdo o derecho de la madre (Pelvis). En la presentación cefálica el punto toconómico es el Occipucio, y la cara es el Mentón, y en la P. pélvica es el sacro. Ejemplo: Occípito derecha o izquierda por variedad de posición.

Es la relación del punto toconómico de la presentación en relación con la parte anterior y posterior de la pelvis materna. Ejemplo: Occipital-anterior o Posterior. Así mismo se deberá corroborar por metodología clínica, Historia Clínica, y exploración física abdominal y vaginal la edad gestacional del producto para valorar la mejor vía de terminación del embarazo, para brindarle un mejor beneficio neonatal al producto, preservando la integridad materna.

¿Cómo saber si realmente estoy en trabajo de parto?

La única forma de diferenciar el trabajo de parto en su etapa temprana del verdadero trabajo de parto es por medio de un examen interno del cuello del útero. Las contracciones del verdadero trabajo de parto se tornan más fuertes, es difícil hablar en el transcurso de las mismas, tienen una duración más larga y se vuelven más frecuentes a medida que el trabajo de parto avanza. Estas contracciones harán que el cuello del útero se vaya adelgazando y abriendo y motivarán al bebé a bajar más a través de la pelvis.

Aquí hay algunas formas de ayudarle a diferenciar entre dolores de trabajo de parto verdaderos y falsos (o de "práctica"), también llamados contracciones Braxton-Hicks.

### **1.4.1 El trabajo de parto real.**

#### ***Contracciones***

- Pueden ser irregulares al principio
- Generalmente se tornan regulares
- Se van haciendo más prolongadas, más fuertes y más frecuentes
- Caminar, generalmente las hace más fuertes
- Recostarse no hace que desaparezcan
- Casi siempre comienzan en la espalda y se mueven hacia el frente

#### ***Cuello del útero***

Cambia al hacerse más delgado (borrado) y empieza a abrirse (dilatarse)

### **1.4.2 Trabajo de parto falso (o de “práctica”).**

#### ***Contracciones***

1. Generalmente son irregulares y cortas
2. No se hacen más largas, más fuertes ni más frecuentes
3. Pueden durar varios minutos
4. Recostarse puede hacer que desaparezcan
5. Se pueden sentir más en el frente y en la ingle
6. Sirven de ayuda para prepararse para el trabajo de parto real

### 1.4.3 Etapas de trabajo de parto.

Las cuatro etapas del proceso de nacimiento están basadas en los cambios del útero y el cuello del útero, a medida que el trabajo de parto progresa. El comienzo y final de cada etapa son descritos a continuación:

**Primera etapa del Trabajo de Parto** Comienza con el inicio del trabajo de parto y termina cuando el cuello del útero está 100 por ciento borrado (afinado) y completamente dilatado unos 10 centímetros.

El promedio de un trabajo de parto es de 10 a 14 horas para madres primerizas y es más corto para los nacimientos posteriores al primero.

**Segunda etapa del Trabajo de Parto (Pujando)** Comienza cuando el cuello del útero está completamente borrado y dilatado y termina con el nacimiento del bebé.

El tiempo promedio de esta etapa es de 1 a 2 horas en madres primerizas, y se reduce en los embarazos posteriores al primero. El tiempo puede ser mayor si usted realiza un epidural y espera a sentir la necesidad de pujar.

**Tercera etapa del Trabajo de Parto** Comienza con el nacimiento del bebé y termina con la expulsión de la placenta.

El tiempo promedio de un nacimiento vaginal es de 5 a 15 minutos.

**Cuarta etapa del Trabajo de Parte** Comienza con la expulsión de la placenta y termina de 1 a 2 horas después del alumbramiento.

El progreso del trabajo de parto y la posición del bebé, son determinados por un examen vaginal interno. Estos exámenes no se practican a menudo y pueden

ser llevados a cabo o no durante una contracción. Un examen vaginal interno evalúa lo siguiente:

- 1) Borradora cervical (adelgazamiento, medido como de 0 a 100 por ciento).
- 2) Dilatación cervical (apertura, medido como de 0 a 10 centímetros)
- 3) Presentación del bebé (la parte del bebé a moverse primero hacia la pelvis, como puede ser la cabeza, las nalgas, los pies).
- 4) Posición de la parte que presenta el bebé (descrita como anterior, viendo hacia su espalda, o como posterior, viendo hacia su frente).
- 5) Estación (progreso del bebé en su descenso a través de la pelvis y el canal de parto medido de menor a mayor).

## **Fases**

El mecanismo del trabajo de parto se ha llevado al cabo desde la aparición del ser humano en faz de la tierra, sin embargo, gracias a los trabajos del Dr. Friedman quien analizó cientos de trabajos de parto, logró matematizar el mismo, y en base a sus conclusiones logró llevarlas a una gráfica cosa imposible hasta ese entonces.

De estos estudios se obtienen los conocimientos que permiten saber que existen las siguientes fases y el médico en sala de labor determinará la fase, el periodo clínico y en qué proceso del mecanismo del trabajo de parto se encuentre el producto y la paciente.

Fase latente o prodrómica. - que es cuando se llevan al cabo fenómenos bioquímicos que condicionan cambios morfológicos del cérvix uterino secundarios a cambios en el patrón de las contracciones uterinas.

Por lo general esta que se alcanzan 2 o 3 centímetros. x Fase Activa. - o de aceleración máxima. - Cuando el proceso de dilatación cervical se estable y produce un ritmo de contracciones uterinas y dilatación cervical en promedio 4 centímetros. Fase de Declive Máximo. Fase de Desaceleración Así el Trabajo de Parto se divide en forma clínica en los siguientes periodos:

- 1) Primer Periodo clínico. Que es cuando se inician las contracciones uterinas que con cierto ritmo e intensidad y frecuencia producen modificaciones cervicales.
- 2) Segundo Periodo. - Que va desde que se alcanza la dilatación completa del cérvix uterino hasta la expulsión del producto.
- 3) Tercer Periodo: o de Alumbramiento, que abarca la expulsión de la placenta y membranas corioamióticas.

Durante el Trabajo de Parto se analizará que el producto desarrolle un Mecanismo de expulsión o de Trabajo de parto el cual se anotara en el denominado Partograma y que ha sido teóricamente subdividido en: Encajamiento, Flexión, Descenso, Rotación Interna, Extensión, Rotación externa. A si mismo durante la exploración ginecológica de la paciente se deberá analizar el tipo de pelvis la cual será clasificada en 4 tipos genéricos:

1. Ginecoide
2. Antropoide
3. Platypelloid
4. Androide

Durante el trabajo de parto se pueden encontrar anomalías de origen materno como son, estados hipertensivos, diabéticos, obesidad mórbida, etc. Anomalías de la pelvis materna o algún tipo que no permita el trabajo de parto en forma natural y espontánea. Anomalías del mecanismo del trabajo de parto, variedad de posición persistente, falta de descenso del producto, presentaciones pélvicas, o mixtas. O alteración de alguna de sus fases: como pudieran ser; fases latentes prolongadas, fases activas prolongada, partos precipitados.

#### **1.4.4 Movimientos cardinales del parto.**

Conforme su bebé atraviesa el canal del parto, la cabeza cambia de posición. Estos cambios son necesarios para que su bebé quepa y avance a través de la pelvis. Dichos movimientos de la cabeza de su bebé se llaman movimientos cardinales del parto.

##### **Encaje**

Esto es cuando la parte más ancha de la cabeza de su bebé ha entrado a su pelvis.

El encaje le indica a su proveedor de atención médica que su pelvis se ha expandido lo suficiente como para permitir que la cabeza del bebé baje (descienda).

##### **Descenso**

Esto es cuando la cabeza de su bebé baja más (desciende) a través de su pelvis.

En la mayoría de los casos, el descenso ocurre durante el parto, ya sea conforme se dilata el cuello uterino o después de que comience a pujar.

### **Flexión**

Durante el descenso, la cabeza del bebé se flexiona hacia abajo de manera que la barbilla toca el pecho.

Con la barbilla inclinada es más fácil que la cabeza del bebé pase a través de la pelvis.

### **Rotación interna**

Conforme la cabeza de su bebé desciende más y más, ésta casi siempre rotará de manera que la nuca quede justo detrás del hueso del pubis. Esto ayuda a que la cabeza se adapte a la forma de su pelvis.

Normalmente el bebé se encontrará boca abajo de frente a la columna de la madre. En ocasiones el bebé rotará de manera que su cara quede de frente al hueso púbico. Conforme la cabeza de su bebé rota, se extiende o se flexiona durante el parto, el cuerpo permanecerá en posición con un hombro abajo, orientado a su columna, y el otro orientado hacia arriba, a su vientre.

### **Extensión**

Conforme el bebé alcanza la abertura de la vagina, normalmente la nuca está en contacto con su hueso púbico.

En este punto, el canal del parto se curva hacia arriba y la cabeza del bebé tiene que extenderse hacia atrás. Así, la cabeza rota debajo y alrededor del hueso púbico.

### **Rotación externa**

Conforme la cabeza del bebé se extrae, rotará un cuarto de giro para quedar alineada con el cuerpo.

## **Expulsión**

Luego de que se extrae la cabeza, el hombro superior se extrae debajo del hueso púbico.

Después del hombro, el resto del cuerpo suele extraerse sin ningún problema.

### **1.4.5 Momento del parto.**

Cuando la cabeza fetal ya es visible en vagina se dice que ya está en estación +3 y cuando desciende un poco más se dice que él bebe esta coronando o perineando en este momento el ano se dilata se abre de manera voluntaria y se debe al estímulo de la cabeza del bebe con el periné, y además se desencadena el deseo de pujar.

Si las membranas están integras se realiza amniotomía con el amntotomo, protegiendo la punta del amniototomo con el dedo índice y el dedo medio de la mano contraria, protegiendo las paredes vaginales y evitando dañar al bebe a continuación se realizara la episiotomía, en el momento de la contracción usando tijeras de metzen baum protegiendo al bebe y el periné con el dedo índice, ya realizada la episiotomía se le pide a la paciente que puje y que mantenga el pujido, mientras el ayudante da apoyo en el fondo uterino, al salir el bebe se sujeta del cuello, volteándolo hacia arriba y se procede a aspirar la nariz umbilical de manera gentil con la perilla en las dos fosas nasales, después en boca tratando de retirar el líquido amniótico y se procederá ya terminado esto a pinzar el cordón umbilical con dos pinzas fuertes, aproximadamente a 20 cm retirado de el abdomen del bebe, y con distancia entre ambas pinzas, se pasara al pediatra quien lo trasladara a la cuna térmica envuelto.

#### **1.4.6 Mala atención del trabajo de parto.**

Dejará secuelas maternas o fetales tanto físicas como bio-psico-sociales, y de Imagen Hospitalaria. Algunas complicaciones son de esperarse por ejemplo cuando existe un diagnóstico de Placenta Previa o Desprendimiento Placentario o Preeclampsia - Eclampsia, pacientes con enfermedades concomitantes como son insuficiencia renal o cardiopatía, etc. en las cuales existe mortalidad reportada en la literatura nacional e internacional y en donde los recursos Hospitalarios y equipamiento tecnológico logran disminuirla. Algunas complicaciones pueden ser la Muerte Materna o Fetal, daño fetal por Hipoxia o asfixia.

Siempre y cuando se cumpla con una adecuada valoración inicial y supervisión de la paciente que ha ingresado en forma adecuada y oportuna a la sala de Labor o Toco cirugía el resultado deberá ser satisfactorio. Aplicando la normatividad vigente no deberán existir complicaciones, y cuando estas hayan sido previstas su resolución será más rápida, con menor lesión y secuela tanto para la Madre como para el Producto de la Gestación, y costo para la Institución.

Durante el trabajo de parto y el parto mismo, su bebé debe pasar a través de sus huesos pélvicos para llegar a la abertura vaginal. El objetivo es encontrar el camino más fácil para salir. Ciertas posiciones del cuerpo hacen que el bebé tenga una forma más pequeña, lo que facilita el paso de su bebé por este pasaje estrecho.

La mejor posición para que el bebé pase por la pelvis es con la cabeza hacia abajo y el cuerpo encarando la espalda de la madre. Esta posición se conoce como posición occipital anterior.

Información.

Se utilizan ciertos términos para describir la posición y movimiento de su bebé a través del canal del parto.

### **Presentación fetal.**

La presentación fetal describe la manera en la que está colocado el bebé para salir por el canal del parto para el alumbramiento.

La posición más deseable para su bebé dentro de su útero al momento del parto es con la cabeza hacia abajo. Esto se conoce como presentación cefálica.

Esta posición hace que el paso de su bebé a través del canal del parto sea más fácil y seguro. La presentación cefálica ocurre en alrededor del 97% de los partos.

Existen distintos tipos de presentación cefálica que dependen de la posición de las extremidades y la cabeza del bebé (actitud fetal).

Si su bebé se encuentra en cualquier posición que no sea con la cabeza hacia abajo, su médico podría recomendarle un parto por cesárea.

La presentación de nalgas es cuando la parte posterior de un bebé está hacia abajo. La presentación de nalgas sucede alrededor del 3% de los casos. Existen varios tipos de presentación de nalgas:

Un nacimiento total de nalgas sucede cuando los glúteos se presentan primero y tanto las caderas como las rodillas están flexionadas.

Un nacimiento de nalgas natural es cuando las caderas están flexionadas de manera que las piernas están derechas y completamente levantadas hacia el pecho.

Otras posiciones de nalgas ocurren cuando los pies o las rodillas se presentan primero.

Si el feto se encuentra en posición transversal, un hombro, un brazo o el tronco pueden presentarse primero. Este tipo de presentación ocurre menos del 1% de las veces. La situación transversal es más común cuando da a luz antes de la fecha de parto, o si tiene gemelos o trillizos.

### **Posición fetal.**

La posición fetal hace referencia a la parte de su pelvis donde se encuentra la parte que se presenta.

**La parte que se presenta.** La parte que se presenta es la parte del bebé que encabeza el camino a través del canal del parto. En la mayoría de los casos esta parte es la cabeza del bebé, pero puede ser un hombro, las nalgas o los pies.

**Espinas ciáticas o isquiáticas.** Estos son puntos de hueso en la pelvis de la madre. Normalmente las espinas ciáticas representan la parte más angosta de la pelvis.

**Posición 0.** Esto representa el punto en el que la cabeza del bebé se encuentra a la altura de las espinas ciáticas. Se dice que el bebé está "encajado" cuando la parte más grande de la cabeza ha entrado a la pelvis.

Si la parte que se presenta está por encima de las espinas ciáticas, la posición se indica como un número negativo que va de -1 a -5.

En las madres primerizas la cabeza del bebé se puede encajar a las 36 semanas del embarazo. Sin embargo, el encajamiento puede suceder más adelante en el embarazo o incluso durante el parto.

### **Situación fetal.**

Esto se refiere a la manera en la que se alinea la columna vertebral del bebé con la de la madre. La columna vertebral de su bebé se encuentra entre la cabeza y la rabadilla.

En la mayoría de los casos, su bebé se asentará en una posición en la pelvis antes de que comience el parto.

- Si la columna de su bebé está orientada en la misma dirección (es paralela) a la de usted, se dice que el bebé está en situación longitudinal. Casi todos los bebés están en posición longitudinal.

- Si el bebé se encuentra de lado (es decir, formando un ángulo de 90 grados respecto a su columna vertebral), se dice que el bebé está en situación transversal.

### **Actitud fetal**

La actitud fetal describe la posición de las partes del cuerpo de su bebé esta comúnmente se conoce como posición fetal.

1. La cabeza está inclinada sobre el pecho.
2. Los brazos y las piernas están recogidos hacia el centro del pecho.

Las actitudes fetales anormales incluyen tener la cabeza extendida hacia atrás de manera que la frente o la cabeza se presentan primero. Otras partes del cuerpo pueden estar colocadas detrás de la espalda. Cuando esto sucede, la parte que se presenta será más grande al pasar por la pelvis. Esto puede dificultar el parto.

## **1.5 Pelvimetría.**

Es la medición de la pelvis de la mujer en relación con el nacimiento de un bebé. Los servicios obstétricos tradicionales dependían mucho de la pelvimetría ya que ayudaban a definir si el parto debía ser natural o si se necesitaba realizar una cesárea.

En la actualidad se a perdido el uso de esta práctica en lo que consiste la pelvimetría, se basan a conocimientos ciegos donde el ginecólogo cree por medio del tacto vaginal que la paciente es muy estrecha, sin haber realizado un estudio que lo compruebe.

### **1.5.1 Uso de pelvimetría.**

La pelvimetría se utiliza para llevar a cabo de forma rutinaria para discernir si el parto espontáneo era médicamente aconsejable. Las mujeres cuya pelvis fue considerada demasiado pequeña necesitaban recibir cesárea en lugar de dar a luz naturalmente. Las investigaciones indican que la pelvimetría no es una herramienta de diagnóstico útil, y que en todos los casos se debe facilitar el trabajo espontáneo de parto.

La pelvis de una mujer se afloja hasta antes del nacimiento (con la ayuda de las hormonas) y en una mujer en posición vertical y/o en cuclillas puede nacer un bebé considerablemente más grande. Una mujer en posición de litotomía (acostada boca arriba con las piernas elevadas) es más que probable que no vaya a empujar a un bebé más grande que el producto promedio debido al tamaño de la salida que genera esta posición.

Para realizar una pelvimetría de manera exacta se requiere de un estudio radiológico el cual es recomendable en el tercer trimestre lo más cerca del término.

Los rayos X, solo son teratógenos en el primer trimestre de la gestación y después si se abusa de ellos puede predisponer cáncer como es la leucemia.

La pelvimetría puede indicarse entre las 37 SDG a 38 SDG y no le hace daño al feto, consta de dos placas una anteroposterior de abdomen y una placa lateral.

En la placa AP, se visualiza el diámetro TES y el diámetro biespinoso, arco subpúbico, también se pueden hacer mediciones de la cabeza fetal. En la placa lateral, vemos el diámetro conjugado diagonal y también se mide en diámetro sacro púbico. En esta lateral se valora la altura de la presentación fetal.

La pelvimetría clínica, consiste en realizar una serie de mediciones de la pelvis materna mediante un tacto vaginal, sin embargo, es muy inexacta lo cual dará un diagnóstico de desproporción céfalo- pélvico, basado en esto.

### **1.5.2 Planos pélvicos.**

- **Entrada pélvica:** La línea entre los puntos óseos más estrechos formado por el promontorio sacro y el arco púbico interno se denomina conjugado obstétrico: 11,5 cm o más. Esta línea anteroposterior en la entrada es 2 cm. menos que la conjugada diagonal (distancia desde la superficie inferior del arco púbico al promontorio sacro). El diámetro transversal de la entrada de la pelvis mide 13,5 cm.
- **Pelvis media:** La línea entre los puntos más estrechos de hueso conecta las espinas ciáticas o isquiáticas; típicamente excede 12 cm.
- **Salida pélvica:** Es la distancia entre las tuberosidades isquiales (normalmente 10 cm) y la forma angular del arco púbico.

### 1.5.3 Tipos de pelvis.

La obstetricia tradicional menciona que existen 4 tipos de pelvis:

1. **Ginecoide**: Forma ideal, con forma circular a ligeramente oval (entrada de obstetricia ligeramente menos transversal): mejores probabilidades de parto vaginal normal.
2. **Androide**: Entrada triangular y prominentes espinas ciáticas o isquiáticas, más angulado arco púbico.
3. **Antropoide**: Es el mayor diámetro transversal es menor que el diámetro posterior (obstetricia).
4. **Platypelloid**: Entrada plana con diámetro obstétrico acortado.

Relación fetal.

- **Compromiso**: El feto está comprometido si la parte más amplia de la cabeza no pasa la entrada (típicamente es mayor la circunferencia de la cabeza).
- **Estación**: Relación de la parte ósea que se presenta del feto a las espinas ciáticas o isquiáticas maternas. Si en el nivel de las espinas es en "0 (cero)" de la estación, si lo aprueba la ley de 2 cm. es en la estación de "+ 2".
- **Actitud**: Relación de la cabeza fetal con la espina dorsal: flexionadas, neutral ("militar"), o actitudes extendidas son posibles.
- **Posición**: Relación presentada por parte de la pelvis materna, es decir, RP = occipital derecho posterior, o LOA = occipital izquierdo anterior.

- **Presentación:** Relación entre la entrada pélvica y el feto: presentación cefálica, podálica (Frank completa e incompleta, o trivial), cara, cejas, mentón u hombro.
- **Situación:** Relación entre el eje longitudinal del feto y el eje largo del útero: transversal, longitudinal y oblicua.
- **Caput or Caput succedaneum:** Edema formado normalmente por el tejido que cubre el cráneo fetal durante el parto vaginal.

## CAPÍTULO II. VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA CESÁREA.

### 2.1 Definición.

Procedimiento quirúrgico para extraer el feto por una incisión a través de pared abdominal y útero.

### 2.2 Terminología.

- I. *Desprendimiento de placenta*: separación parcial o completa de la placenta antes de la expulsión del producto.
- II. *Presentación de las nalgas*: durante el parto, la presentación de nalgas o pies (o ambas cosas) del feto; ocurre en aproximadamente 3% de los partos.
- III. *Distocia*: parto prolongado a causa del tamaño del feto o de la pelvis de la madre, o bien por contracciones inadecuadas del musculo uterino.
- IV. *Eclampsia*: complicación grave del embarazo que se caracteriza por albuminuria, hipertensión arterial, edema, convulsiones y coma.
- V. *Hipoxia*: suministro insuficiente de oxígeno a los tejidos.
- VI. *Placenta previa*: placenta de implantación anormal en el útero, que ocluye en forma parcial o completa el orificio cervical interno.
- VII. *Transabdominal*: a través del abdomen.
- VIII. *Vaginal*: cesárea vaginal.

Fundamento de las actividades.

1. Proteger la vida de la madre y feto.
2. Mejorar las probabilidades de buena salud para la madre y feto.

### **2.3 Plan de enfermería.**

#### Objetivos

- A. Evaluar el nivel de ansiedad de la paciente y su familia.
- B. Preparar a la paciente física y mentalmente para el procedimiento.
- C. Conservar un estrecho contacto con la familia, al auxiliarla durante el proceso.
- D. Efectuar la preparación preoperatoria.
- E. Determinar si la madre piensa alimentar al neonato al seno; en caso positivo, explíquele que esto ayudará al útero a contraerse y reducirá la hemorragia.

#### **Preparación de la paciente: madre**

1. Explique los motivos del procedimiento quirúrgico a la paciente y su familia, conteste las preguntas.
2. De oportunidad a la embarazada de expresar sus sentimientos y temores.
3. Ayude a la familia a comprender las diversas pruebas y procedimientos que se practican.
4. El cirujano y consultor deben comentarlos motivos de este tipo de extracción con la paciente.

Es necesario esta intervención por parte del doctor o de la enfermera informar a la paciente de una forma breve lo que se le va a realizar, el apoyo psicológico, ya que en ocasiones es desconocido lo que se le va a realizar y tiene miedo a la intervención quirúrgica.

### **2.3.1 Indicaciones de la operación cesárea.**

La indicación de la operación cesárea se debe realizar cuando el parto vaginal no es posible o cuando este conlleva mayor riesgo materno-perinatal.

Se puede clasificar según el momento de la decisión en:

- a. Programadas: cuando durante el control del embarazo se ha establecido una causa que hace imposible el parto por vía vaginal.
- b. De urgencia: cuando se altera la progresión del trabajo de parto o se presenta alguna patología que implica un riesgo materno-fetal mayor que la cirugía por si misma.
- c. Absolutas: siempre se deberá resolver por vía alta. Ej.: placenta previa oclusiva total, dos o más, presentación de tronco.
- d. Relativas: dependiendo de las circunstancias, el centro, la experiencia del médico, etc.

#### **Según el origen de la causa:**

- \* Materna: distocia de partes Oseas (desproporción cefalopélvica).
- \* Estrechez pélvica.
- \* Pelvis asimétrica.
- \* Distocia de partes blandas.
- \* Malformaciones congénitas.
- \* Distocia de la contracción:  
Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta).

Las indicaciones de la cesárea pueden ordenarse en tres grupos: indicaciones electivas, indicaciones urgentes e indicaciones durante el curso del parto.

### **Indicaciones electivas**

La decisión de practicar una cesárea se toma antes del momento del parto o a su inicio, puede ser por indicación materna o por indicación fetal.

#### **Indicación materna**

- a) Mujeres con dos o más cesáreas previas
- b) Cirugía previa sobre el musculo uterino.
- c) Enfermedad materna grave (cáncer, cardiopatías)
- d) Estrechez pélvica importante y evidente desproporción entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del feto (cefalopélvica).

#### **Indicaciones fetales**

- e) Gestación múltiple (primer feto de nalgas, cuello cerrado, etc.).
- f) Malformación del feto que dificulta el trabajo de parto.
- g) Placenta previa oclusiva total.
- h) Situación transversa oblicua.
- i) Feto de nalgas.
- j) Prevención de infección fetal por infección del canal de parto (VIH, herpes, condilomas)

## **Indicaciones urgentes durante el embarazo**

- k) La decisión se toma una vez iniciado el trabajo de parto o antes del inicio del parto, no puede haber retraso entre la decisión de una cesárea y su realización.
- l) Prolapso de cordón umbilical.
- m) Desprendimiento prematuro de la placenta.
- n) Sospecha de sufrimiento fetal.
- o) Sospecha de rotura uterina.

## **Indicaciones durante el trabajo de parto**

La cesárea se realiza una vez iniciado el trabajo de parto, alcanzada una dilatación concreta con bolsa rota y al menos de dos horas de contracciones uterinas adecuadas.

- ▶ Cabeza del bebe demasiado grande para pasar a través del canal de parto normal.
- ▶ La posición del bebe impide el paso normal del útero.
- ▶ Sufrimiento fetal.
- ▶ Dilatación del útero insuficiente.
- ▶ No existe progresión del parto.
- ▶ Placenta desprendida.
- ▶ Cesáreas anteriores.
- ▶ Que la madre tengas en el momento del parto herpes genital.
- ▶ Tumores en el canal del parto.
- ▶ Nudos o vueltas en el cordón umbilical que pueda rodear el cuello del niño.
- ▶ Embarazo múltiple.
- ▶ Enfermedades maternas.

### 2.3.2 Tipos de cesárea.

Hay dos tipos principales: la cesárea clásica, mediante una incisión abdominal vertical, y la cesárea realizada en el segmento inferior, que es la más empleada.

Otra división de las cesáreas está asociada a la zona donde se realice el corte en el útero para abrirlo; hay dos: la cesárea corporal y la cesárea segmentaria. Esta última es la habitual, ya que el corte se realiza en el segmento inferior del útero, donde se dañan menos fibras musculares y la cicatrización es más rápida.

**La cesárea segmentaria** puede ser vertical (aunque esta incisión está desaconsejada porque secciona más fibras y solo se utiliza en casos necesarios como placenta previa); transversa (la cicatriz es muy resistente y es la que menos fibras daña); en forma de T: se realiza un corte vertical y otro horizontal (en T) para que haya más espacio para sacar al feto (necesario sobre todo cuando el feto es prematuro o presenta algún problema de salud, viene de nalgas, etcétera).

**La cesárea corporal** es una práctica muy poco común en la actualidad por presentar una mayor morbi-mortalidad materno-fetal, y un porcentaje superior de riesgo de rotura uterina en un embarazo posterior (4-9% frente a menos del 1% de la cesárea segmentaria). La incisión se realiza de forma longitudinal, en la cara anterior del cuerpo uterino, atravesando la musculatura uterina, y perpendicular a la mayoría de las fibras uterinas, lo que provoca grandes hemorragias y hace que la

cicatriz resulte frágil. La cesárea corporal está indicada sólo en determinados casos como:

Segmento uterino inferior inaccesible (miomas, adherencias, grandes varices...).

- I. Cesárea post mortem.
- II. Cesárea corporal previa.
- III. Carcinoma de cérvix que afecta al segmento inferior.
- IV. Cesárea con histerectomía programada.
- V. Gestación pre termina que finaliza por vía abdominal (especialmente en los casos de gran prematuridad).

La cicatriz que queda en la piel del vientre es independiente del tipo de cesárea que se realice, ya que el corte externo solo sirve para abrir el abdomen (laparotomía). La cicatriz que más frecuentemente queda después de la cesárea es horizontal, encima del pubis, porque la incisión más empleada es la transversal (conocida también como incisión de Pfannestiel), y se elige por razones estéticas. Sin embargo, la más sencilla y rápida es la incisión media infraumbilical.

### **2.3.3 Causas por las que se decide practicar una cesárea.**

Hay muchos motivos posibles para que el parto por cesárea sea la mejor opción o la única viable. En ocasiones, los motivos son inexorables, es decir, es imposible llevar a cabo el parto por vía vaginal; pero también hay algunos motivos que son relativos y que, por tanto, solo son factores de riesgo que hacen recomendable realizar una cesárea. La decisión final depende del médico y de la

madre, y ambos tienen que valorar los peligros que tiene el parto vaginal, y las consecuencias de realizar una cesárea.

Para poder señalar algunos de los motivos más importantes y frecuentes que indican la conveniencia de una cesárea, se van a dividir según afectan a la madre, al bebé y, finalmente, desde un punto de vista mixto.

#### **2.3.4 Anomalías.**

Distocias (parto difícil)

- A. Presentación
- B. Contracción
- C. Dilatación
- D. Fetos múltiples
- E. Varios (fetos malformados, prolapso de cordón umbilical, ruptura uterina)
- F. Tercer periodo de trabajo de parto (ruptura uterina y hemorragia obstétrica trans y post parto).

#### **2.3.5 Motivos que afectan a la madre.**

Hay situaciones en las que una cesárea es un beneficio claro para la madre, frente a la opción del parto vaginal. Por ejemplo, las mujeres enfermas del corazón se exponen a grandes riesgos en un parto vaginal. También puede indicarse una cesárea si hay un tumor en el cuello uterino u otro lugar que dificultara el paso del

feto hacia el exterior, o cuando existe una desproporción evidente entre el tamaño de la cabeza del feto y la pelvis de la madre.

Cuando no es el primer parto, y la madre ha tenido cesáreas anteriores u otra intervención quirúrgica en el útero (como una miomectomía), también puede ser más conveniente el parto por cesárea, con el fin de evitar una posible rotura uterina.

### **Motivos que afectan al bebé**

Más de la mitad de las cesáreas se deben a algún motivo relacionado con el bebé. Hay muchas circunstancias en las que el parto vaginal supone un peligro para el feto, las más importantes son:

1. **Pérdida de bienestar fetal:** en ocasiones, el interior del útero ya no es un lugar seguro y cómodo para el bebé, principalmente porque no le llega suficiente oxígeno y nutrientes. En un parto vaginal esta situación empeoraría aún más. Las nuevas tecnologías detectan mejor que antes estas alteraciones, lo que permite decidir en cualquier momento si es necesario extraer al bebé del modo más rápido, que es la cesárea.
2. **Presentación de nalgas:** aunque se puede realizar un parto vaginal si el bebé viene de nalgas, muchos médicos prefieren realizar una cesárea y evitar así los riesgos añadidos que supone un parto de nalgas.
3. **Bajo peso:** es posible que un parto vaginal resulte demasiado traumático para los fetos de menos de 1'5 kilogramos y que el parto por cesárea sea la mejor opción. Sin embargo, todavía no se sabe con seguridad si esto es así.
4. **Malformaciones fetales:** en ocasiones el cuerpo del bebé está deformado y su paso a través de la vagina podría ser demasiado complicado o imposible.

Gracias a la ecografía se pueden observar estas alteraciones y realizar una cesárea para extraerlo.

### **Muertes fetales previas.**

Es considerable que los ginecólogos elaboren bien su trabajo y tengan como prioridad el bienestar del binomio madre-hijo.

### **Motivos que afectan a la madre y a la salud del bebé**

- ❖ A veces, (más de la cuarta parte de todas las cesáreas) la cesárea es beneficiosa, tanto para la madre, como para el bebé. Algunos ejemplos serían:
- ❖ Cuando no se producen progresos durante el parto y este se prolonga demasiado.
- ❖ En el caso de que la madre padezca ciertas enfermedades como diabetes, nefropatías, problemas graves de hígado...
- ❖ Determinadas complicaciones propias del embarazo como preclamsia grave (hipertensión inducida por el embarazo).
- ❖ Infecciones víricas de la madre en el canal de parto, que podrían afectar al bebé.
- ❖ Si la madre es portadora del virus del sida, puede infectar al bebé durante el parto vaginal.

Según antecedentes obstétricos de la paciente.

- 1) Primera: Es la que se realiza por primera vez.
- 2) Iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
- 3) Previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior. B.  
Según indicaciones
- 4) Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
- 5) Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto. C.

### **2.3.6 Según técnica quirúrgica.**

- a. Corporal o clásica.
- b. Segmento corporal (Tipo Beck).
- c. Segmento arciforme (Tipo Kerr).

Corporal o clásica:

La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cervicouterino invasor, embarazo pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherencia les o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea post mortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo.

### Segmento corporal: (Beck)

La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior.

### Segmento arciforme o transversal: (Kerr)

Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias.

## **Cuando son necesarias las cesáreas**

Es importante que las usuarias estén informadas en cuestión a todas las complicaciones y riesgos que la afectaran en un futuro.

- 1.-Motivos médicos graves donde peligre la vida del bebé, de la madre o ambos.
- 2- Posición del bebé. Cuando el bebé está sentado, no está en la posición correcta de parto, cuando la cabeza del bebé es demasiado grande para pasar por el canal de nacimiento o cuando hay placenta previa que bloquea la salida.
- 3- Cuando hay complicaciones o riesgos generalmente los médicos prefieren la cesárea, por ejemplo: cuando la madre presenta presión alta, el estado del ritmo cardiaco del bebé no es normal, diagnóstico de falla en progreso o cuando se trata de gemelos.

4- Edad maternal avanzada. En muchos casos las cesáreas se les practica a mujeres mayores de 38 años. Pero aun en estos casos las cesáreas no son necesarias para todas las personas.

Tener este conocimiento permitirá a las madres primigestas evitar estos posibles sucesos en la realización de una intervención quirúrgica innecesaria.

### **2.3.7 Beneficios de la cesárea.**

- a. Entre los beneficios para la madre, cuenta la potencial disminución de las complicaciones asociadas al parto
- b. En el caso del feto, reducción de traumatismos del parto.

### **2.3.8 Riesgos.**

- I. Al tratarse de una cirugía que no es sencilla, entre los riesgos para la madre cuentan los quirúrgicos como una infección. Podría haber daño de órganos vecinos, una hemorragia grave, trombosis pelviana o de extremidades inferiores para la madre o complicaciones derivadas del uso de la anestesia en madre y bebé.
- II. Mayor estancia hospitalaria y tiempo de recuperación. Dificultad para la movilización lo que a veces obliga a depender de otras personas para alimentar y atender al bebé en casa.
- III. En el caso del feto, los niños que nacen por cesárea no se exponen a las mismas bacterias benéficas de un parto vaginal, con los consiguientes problemas de inmunidad que pueden desarrollar después.

- IV. Cuando una guagua nace por parto vaginal espontáneo significa que estaba lista. Cuando se hace una cesárea, el tiempo no siempre es el correcto. Un feto con una edad gestacional de entre 36 y 38 semanas, aunque en teoría está de término, aún es inmaduro.
- V. Estudios norteamericanos demuestran que los bebés nacidos por cesárea tienen más riesgo de presentar síndrome de distrés respiratorio transitorio, pues les cuesta más adaptarse al brusco cambio entre el útero y el medio externo.

#### **2.4 Cuidados previos y posteriores al procedimiento.**

Antes de la operación es aconsejable un ayuno de ocho horas y recortar el vello púbico en forma no traumática para no lesionar la piel y disminuir el riesgo de infección de la herida operatoria, sostiene el médico.

Respecto a los cuidados post cesárea, hay que considerar que el intestino se paraliza por un período variable, que puede llegar a 24 horas. “La indicación de no hablar el primer día, es discutible, pero es recomendable no hablar con exceso las primeras 24 horas y mantener una alimentación liviana durante los primeros días”, aconseja el doctor Valentín Trujillo.

Asimismo, “el levantarse precozmente y caminar ayudará a que el sistema digestivo esté nuevamente en movimiento y ayuda a prevenir la formación de coágulos (trombosis) en las extremidades inferiores”. “Es importante asistir oportunamente al control post operatorio para detectar, precozmente, complicaciones más tardías, tales como la infección de herida operatoria y la endometritis”, enfatiza el médico.

## **Cuidado preoperatorio.**

La asistencia preoperatoria de una paciente a la que se va a practicar cesárea es la misma que la de cualquier paciente que se somete a cirugía abdominal. Además, se introduce un catéter de retención para mantener vacía la vejiga durante la intervención. Se comprueben los ruidos cardiacos fetales antes de la operación. También la medicación preoperatoria se limita al agente antisecretor como atropina o escopolamina.

No se le dan narcóticos a la madre antes de la intervención porque pueden producir depresión respiratoria en el niño al nacer. Como no se le dan narcóticos, la madre está más alerta, y puede estar más nerviosa y aprensiva que otras pacientes preoperatorias. Por esta razón, la enfermera debe permanecer con ella y brindarle apoyo y aliento.

### **2.4.1 Factores de riesgo del parto por cesárea.**

Aunque pueden existir problemas de factores de riesgo El parto por cesárea, estos son poco frecuentes si la salud de la mujer es buena. Sin embargo, una mujer tendrá una mayor probabilidad de desarrollar complicaciones por cesárea si cualquiera de las siguientes circunstancias antes de la entrega:

- a) Hepatitis
- b) Enfermedades de transmisión sexual

- c) Los trastornos convulsivos
- d) Diabetes
- e) Corazón, pulmón o riñón
- f) Obesidad
- g) El consumo de alcohol
- h) El consumo de tabaco
- i) El abuso de drogas ilícitas

Lo mejor que puede hacer una mujer antes de quedar embarazada es conseguir su cuerpo listo para tener un bebé. Las complicaciones durante el parto por cesárea no son necesariamente normales, pero si una mujer no está en el mejor estado de salud que pueden hacer que sea más probable que suceda. Cuando se analizan los factores de riesgo de una cesárea entre el paciente y el médico, una mujer puede prepararse para lo que viene y tomar las precauciones necesarias.

#### **2.4.2 Posibles complicaciones durante una Cesárea.**

Aunque una cesárea es el segundo procedimiento quirúrgico más común en el mundo, lo que significa que no está exenta de complicaciones. Hay ciertos factores de riesgo de entrega por cesárea que una mujer necesita para estar al tanto de antes de tener la cirugía realizada, ya que puede afectar su decisión si se está haciendo de forma electiva. Las complicaciones menores durante la operación pueden incluir lo siguiente:

- El sangrado abundante
- El prolapso uterino

- La ruptura uterina (por lo general después de múltiples cesáreas)

#### Infección

- Los coágulos de sangre
- Las lesiones nerviosas
- Lesión vesical
- Lesión de órganos
- Reacción Anestesia (alergia)
- Fracaso de la anestesia que significa que una mujer podría sentir

algo de dolor durante el procedimiento

- La depresión respiratoria si se coloca bajo anestesia general
- Arritmia cardiaca
- Carrera
- Lesiones de los vasos sanguíneos
- Daño a los intestinos, tales como la perforación o un agujero en el

revestimiento o una lesión por quemadura

- Complicaciones Hipertensión
- Dehiscencia de la herida
- Pulmón o insuficiencia cardiaca

### **2.4.3 Posibles complicaciones después de una cesárea.**

Aunque es un procedimiento quirúrgico estándar, una cesárea es todavía una operación importante y aparte de las complicaciones que pueden ocurrir durante la cirugía, también hay cosas que pueden salir mal durante el período de recuperación. Posibles complicaciones de una cesárea pueden incluir cualquiera o todos los siguientes:

- 1) Las infecciones en la madre o en el niño
- 2) La separación de la cicatriz en el útero de una cesárea anterior

- 3) Hemorroides
- 4) Estreñimiento
- 5) La hemorragia menor
- 6) Infección del tracto urinario
- 7) Una reacción alérgica en la piel
- 8) Tejido de la cicatriz anormal o dolorosa
- 9) El íleo (cese temporal de la función intestinal)

Si alguna de las complicaciones antes mencionadas se produce después de una cesárea, es algo que no debe ignorarse. Una mujer nunca debe retrasar la búsqueda de atención médica en caso de cualquier complicación o problemas que experimentan después de una cesárea, podría resultar en algo más grave si no se tratan.

### **Preocupación de los padres**

Cuando el cónyuge ha esperado un parto normal, pero se presentan circunstancias que requieren cesárea, pueden estar muy aprensivos y preocupados por las consecuencias para la esposa y el hijo. Si la pareja había esperado un parto natural, también puede estar muy desilusión.

En tales casos, la enfermera les da apoyo emocional se les explica los procedimientos que se efectuaran, y el porqué de ellos, también puede hacerlo si dispone que el esposo acompañe a su esposa hasta que sea llevada a la sala de operaciones.

La enfermera debe informar al esposo donde puede esperar, asegurarle que se le hará saber cuándo puede ver a su esposa y a su hijo. Algunos hospitales permiten que el esposo se encuentre presente durante la cesárea programada o de urgencia.

## **2.5 Cuidados de la cesárea.**

Los cuidados después de la cirugía consistirán en usar una faja que comprima el abdomen para evitar que se abra la cicatriz. Se aplicará calor para aliviar el dolor y la herida se lavará suavemente.

Al igual que en un parto vaginal, no debe tener relaciones sexuales hasta seis semanas después de haber dado a luz y haber recibido la aprobación de su doctor al respecto.

El ginecólogo dará instrucciones acerca de la recuperación normal de las actividades cotidianas. Conviene restablecer las actividades normales tan pronto como sea posible para favorecer la recuperación muscular.

Caminar frecuentemente puede ayudar a aliviar ciertos dolores y molestias, ya que puede ayudar a prevenir coágulos de sangre y activar los movimientos intestinales.

En general, se recomienda evitar el embarazo en un periodo de tiempo que oscila entre los 6 y 12 meses después de la práctica de una cesárea, si esta ha sido una cesárea clásica.

## **2.6 Código de ética de enfermería.**

Para que la sociedad tenga un desarrollo íntegro y funcional es necesario mantener el bienestar en la salud de cada una de las personas que la conforman. En nuestro país se viene haciendo un reclamo de la mayor justicia, para contar con la mejor calidad de los servicios de salud ya sean públicos o privados. Este reclamo obliga a los profesionales que interactúan en la atención a la salud a encontrar alternativas de mejoramiento en su saber, en su práctica y en la forma de asumir la responsabilidad ética que les corresponde.

En este sentido el profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional. Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la enfermería y en ese sentido las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesionista para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen un requisito indispensable para ejercer la práctica profesional de la enfermería en México.

Como resultado de su educación formal, la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad.

El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas.

Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y debido al valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue.

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente. Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión.

## 2.7 Decálogo de la enfermera.

El personal de enfermería es el responsable de salvaguardar la salud de las personas, para ello existe aspectos legales en materia de salud, existen normas éticas del ejercicio profesional de Enfermería que no deben descuidarse.

Según la Universidad Autónoma de México la observancia del código de Ética, para el personal de enfermería los compromete a:

La observancia del código de ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante el riesgo o daño de la propia persona o a terceros.
6. 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.

7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional. (actualización del conocimiento).

9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

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

## **CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

En este capítulo se llevará a cabo la interrogante sobre el tema de investigación, la importancia que tiene y de esta manera tener una idea más clara.

### **3.1 La principal pregunta de investigación:**

**¿Cuáles es la importancia de la divulgación ante la cesárea y la intervención que tiene la enfermera en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud?**

Cuando la paciente no lleva un control prenatal durante su evolución desde el inicio hasta el término, se desconoce las complicaciones que pudiera llegar a obtener consecuencia, por factores materno fetales, es por esa razón que en ocasiones se procede con un parto abdominal o mejor conocido como cesárea, poniendo a un lado que existen varios factores de riesgo que pueden ser de bajo, mediano y alto riesgo, la mala información o nula de quienes la afrontan a que las usuarias se vean en este problema que en ocasiones se puede evitar dicho procedimiento

El personal de enfermería debe estar capacitado para distinguir cuando un embarazo aparentemente normal se puede complicar y ser informada de cuáles pueden ser mortales tanto para la madre como el bebé, debe de conocer el tratamiento y el manejo que recibirá cada uno antes, durante y después de la intervención quirúrgica, las complicaciones más comunes que se pueden presentar y las más graves.

El personal de enfermería no cuenta con conocimientos ya que les es necesario actualizarse y ser capaz de 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. Problema del médico e intervención de la enfermera ya que el objetivo de esta investigación es prevenir, orientar y disminuir la cesárea.

El contar con instalaciones deficientes o en mal estado es otro factor muy importante para que una complicación leve se agrave de esta manera prevenir, orientar a la población disminuirá las cesáreas.

### **3.2 Justificación.**

Es importante que las usuarias, así como su familia conozcan las complicaciones que conllevan las cesáreas, esta información debe de ser impartida 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.

Prevenir que se realicen más procedimientos sin ser justificados ni necesarios disminuirán las posibles complicaciones que pudieran presentar las madres en un futuro.

### **3.3 Objetivo general.**

Informar a la paciente embarazada (15-45 años) sobre el procedimiento quirúrgico para así dar a conocer y contribuir para el bienestar de las personas en cuestión a su salud.

### **3.4 Objetivos específicos.**

Proporcionar atención obstétrica segura, oportuna, eficiente y de confianza.

Prevenir de procedimientos quirúrgicos no deseados

Facilitar la información y conocimiento que se tiene sobre la cesárea.

Analizar y clarificar opciones de acción en enfermería.

Lograr embarazos por vía vaginal.

### **3.5 Hipótesis.**

A más información menor práctica de la realización de cesárea.

A mayor control prenatal menor complicación del procedimiento.

A mayor orientación sobre la de cesárea mayor calidad de vida y número de hijos deseados.

### **3.6 Variable.**

Una variable es una propiedad que puede fluctuar o cambiar y es susceptible de adoptar distintos valores, pudiendo medirse u observarse. Adquieren valor para la investigación cuando se relacionan con otras variables, es decir, si forman parte de una hipótesis o de una teoría; acorde a la influencia que asignemos a unas variables sobre otras, podrán ser.

#### **3.6.1 Variables Independientes.**

Son las características o propiedades que se suponen ser la causa del fenómeno estudiado, se escogen para establecer agrupaciones en el estudio, clasificando esencialmente a cada caso del estudio mismo, pueden modificar al resto de las variables independientes y de no tenerse en cuenta adecuadamente pueden alterar los resultados por medio de un sesgo, es decir un desvío o tendencia errónea.

A más información

A mayor control prenatal

Orientación de la operación cesárea.

### **3.6.2 Variable dependiente.**

Se define como propiedad o característica que se trata de cambiar mediante la manipulación de la variable independiente.

Menor practica en la realización de la cesárea.

Menor complicación e infecciones de dicho procedimiento.

Mayor calidad de vida y número de hijos deseados

Se pretende que las anteriores variables, que se presentaran en la investigación, se obtendrán por medio de investigación teórica fundamentada que presente una información adecuada y clara que sea de utilidad, así como de la interacción con las usuarias que puedan brindar la información necesaria para cumplir con esta investigación que debe de satisfacer las dudas de las pacientes ante dicho procedimiento y a su familia.

El personal de enfermería no cuenta con 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.

### **3.7 Estrategia metodológica.**

En el presente tema se menciona el tipo de investigación que se desarrolla con la finalidad de recabar información sobre la cesárea de manera oportuna en pacientes que acuden al Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS) en Morelia Michoacán, con el objetivo de prevenir y orientar a las mujeres y la importancia de esto es disminuir que se practiquen más cesáreas sin que la paciente lo requiera.

#### ***Concepto de metodología.***

La metodología es que se centra en la búsqueda de las mejores estrategias para incrementar los conocimientos en algunos casos, o bien para llegar a dar con las mejores soluciones a un problema.

#### ***Tipos de investigación.***

Entre los más tradicionales se cita al método histórico, que es aquel que estudia los objetos en sus distintas etapas, su nacimiento, desarrollo, evolución. Luego se encuentra con el sistémico, que será el que parte del análisis de los componentes y las relaciones entre estos para profundizar el conocimiento. El fenomenológico, que es en el que prima lo colectivo. El empírico-analítico, que es de todos el que más adeptos consiguió y se caracteriza por la distinción de cada uno de los elementos del fenómeno primero, para luego revisarlos ordenadamente a cada uno por separado.

En la presente investigación acerca de la preparación física, psicológica y emocional ante el embarazo, se llevarán a cabo una serie de consultas bibliográficas de aquellos textos que se consideren favorables en la recopilación de información relevante para la adquisición de nuevos conocimientos científicos con los que se pretende que el personal de enfermería, sea capacitación, y de esta manera, proponga y realice métodos de difusión de la información útil sobre el embarazo, así como brindar una atención y cuidados de calidad.

***Medios:***

Se considera a las mujeres independientemente de la edad, determinar el bajo nivel de cultura que tienen debido a que ellas no tienen información necesaria de este caso, cabe mencionar que se trabajara con la información de las pacientes atendidas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

***Muestra:***

Se realizará unas preguntas de cortejo a las pacientes. Y algunos médicos especialistas.

***Técnicas:***

Consulta las técnicas a utilizar en el análisis de los datos obtenidos a través de los instrumentos de recolección de datos, son las tablas de cortejo.

***Estadísticas:***

Para la investigación se consideran a mujeres gestantes o no para determinar las causas de la cesárea debido a que ellas no tienen información necesaria sobre

este tema cabe mencionar que se trabajara con la información de las pacientes atendidas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

***Finalidad:***

Que las usuarias tengan la información necesaria y completa de lo que se les va a practicar y por qué, durante su embarazo para de esta manera estén informadas y creen conciencia de dicha operación, y sepan si es necesaria o no esta intervención quirúrgica, así como la consecuencia de la misma, para disminuir la práctica de esta y se realicen más partos que cesáreas.

***Evaluación:***

La evaluación se refiere a la acción y a la consecuencia de evaluar, que permite indicar, valorar, establecer, apreciar o calcular la importancia de una determinada cosa o asunto.

Se estará evaluando por medio de preguntas de cortejo a personas femeninas que cursen el proceso de embarazo.

## **CAPITULO IV: DESCRIPCION DE RESULTADOS.**

En este capítulo se presenta la interpretación en relación con las variables y los resultados obtenidos en cuestión de la información recabada con dichos instrumentos, a mujeres que acudieron a consulta externa y en el piso de obstetricia en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud a continuación se muestra los porcentajes, las variables y métodos con los cuales fueron aplicadas.

### **Variables independientes.**

A más información.

A mayor control prenatal.

Orientación de la operación cesárea.

### **Variable dependiente.**

Se define como propiedad o característica que se trata de cambiar mediante la manipulación de la variable independiente.

Menor practica en la realización de la cesárea.

Menor complicación e infecciones de dicho procedimiento.

Mayor calidad de vida y número de hijos deseados.

Para la realización de esta investigación realice una lista de cotejo que me permitió identificar las actitudes de las pacientes el cual consiste en un listado que logra recabar información por series de preguntas de manera fácil y clara. En donde se evalúa a la paciente en que tanta información tiene.

Las variables me permitieron obtener la información requerida para saber el porcentaje de las mujeres que no están informadas y son sometidas a una intervención quirúrgica como es la cesárea.

Algunas de las limitantes que presenté durante el proceso y la entrevista fue que algunas no tenían tiempo para la elaboración de darne respuestas, el conflicto que tuve con el tiempo necesario por la practica en el hospital y el manejo el material.

#### **4.1 Las variables son:**

Primera variable menor practica en la realización de la cesárea con el objetivo de conocer y disminuir dicho procedimiento utilizando la técnica de consulta y como instrumento de lista de cotejo que va dirigidas a las pacientes de, el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en un periodo de enero marzo 2016.

**Variable dependiente.**

A mayor prevención menos incidencia de puerperios quirúrgicos.

N	Interrogante	Si	No
1	¿La han intervenido antes por este procedimiento?	85%	15%
2	¿Le explicaron las complicaciones que pueden llegar a existir?	38%	62%
3	¿Sabe los cuidados que deberá tener después de dicho procedimiento?	20%	80%
4	¿Sabe el motivo por el cual le indico su ginecológico que le practicaría la cesárea?	33%	67%
5	¿Los conocimientos que se proporcionaron son para usted claros y precisos?	15%	85%

### Variable independiente.

A más información.

Orientación adecuada sobre la cesárea.

N	Interrogante	Si	No
1	¿Es su primer embarazo?	33%	67%
2	¿Acudió con algún otro doctor para tener una segunda opinión?	3%	97%
3	¿Tiene dudas acerca de lo que se le va a realizar?	73%	27%
4	¿Llevo un buen control prenatal?	40%	60%
5	¿Su familia está informada y de acuerdo con respecto a su decisión?	47%	53%

## INTERPRETACION.

A continuación, se realiza la interpretación de los resultados de este instrumento conforme a cada pregunta que se realizó a las pacientes en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS).

**Cuadro#1** Variable dependiente.

N	Interrogante	Si	No
1	¿La han intervenido antes por este procedimiento?	85%	15%
2	¿Le explicaron las complicaciones que pueden llegar a existir?	38%	62%
3	¿Sabe los cuidados que deberá tener después de dicho procedimiento?	20%	80%
4	¿Sabe el motivo por el cual le indico su ginecológico que le practicaría la cesárea?	33%	67%
5	¿Los conocimientos que se proporcionaron son para usted claros y precisos?	15%	85%

En la pregunta 1: Las mujeres que fueron entrevistadas contestaron que 85% ha tenido una cesárea, sin embargo, el 15% nunca se ha realizado una cesárea.

En la pregunta 2: Muchas de las pacientes no saben los cuidados ni el riesgo que existe el 62% desconoce y el 38% investiga ya que tiene estudios u otras fuentes de información.

En la pregunta 3: Aparte de que las mujeres desconocen las complicaciones siendo mayor riesgo de infecciones, ni siquiera se les informa de que cuidados deberá tener y porque 20% de las pacientes regresan a su vida cotidiana sin saber cuáles son los signos de alarma ante un mal manejo de la herida y un 80% ya ha presentado alguna infección y acudido al médico por lo tanto ya saben que cuidados tener, pero después de haber ocurrido el incidente.

En la pregunta 4: La respuesta que dieron a esta pregunta el 33% fue por situación oblicua, pelvis estrecha, y porque sentirían menos dolor, el 58% no lo sabía, en algunos casos el 9% la justificación se cree valida porque fueron por embarazo gemelar.

La mayoría de la población especula que la práctica de la cesárea algunas veces tiene consecuencia, por lo que muchas pacientes optan por elegir la realización de la operación, aunque en muchos casos no lo requieran porque piensan que es menos doloroso y traumático el parto abdominal que el vaginal.

Las personas encuestadas opinan que los doctores no aclararon las dudas que tenían y que todo el proceso fue muy rápido desde el momento que fueron ingresadas a piso y en el proceso quirúrgico.

El 67% de las personas opinan que se les ha realizado esta intervención sin saber porque y en la actualidad muchos de los doctores recurren al uso de esta operación cesárea como un método rápido que disminuye tiempo y aumenta los ingresos económicos para el beneficio de este, aunque el parto abdominal en muchas ocasiones es necesario para salvar la vida del recién nacido, haciendo mal uso de las cesáreas.

Las personas desconocen el motivo por el cual se les realiza y en que las afecta, los cuidados y riesgos que pueda llegar a presentar en un futuro.

No saben que entre mayor practica de cesáreas se les practique más complicaciones puedan existir y que la limitan en el número de hijos que desee tener ya que está indicado que solo se pueden realizar un numero de tres operaciones.

Aparte las causas no son justificadas.

En la pregunta 5: Del 100% solo el 15% contesto que se le proporciono la información de una manera clara y entendía el porqué de su intervención.

Ocho de las mujeres que entreviste expresaron de esta manera la verdad no sé porque me realizarían la cesárea solo hice caso al doctor porque según él dijo que era necesaria y más fácil para mí en el momento del parto, pero dure más días internada, sentí dolor y mi recuperación fue más lenta.

La falta de ética por parte del personal médico deja mucho que desear porque no se interesaron en mi persona y yo después me arrepentí por optar por el procedimiento del cual no fui informada.

## Cuadro #2 Variable independiente.

N	Interrogante	Si	No
1	¿Es su primer embarazo?	33%	67%
2	¿Acudió con algún otro doctor para tener una segunda opinión?	3%	97%
3	¿Tiene dudas acerca de lo que se le va a realizar?	73%	27%
4	¿Llevo un buen control prenatal?	40%	60%
5	¿Su familia está informada y de acuerdo con respecto a su decisión?	47%	53%

En la pregunta 1: Las mujeres que asistían a consulta el 33% de ellas era su primer embarazo con el rango de edad de 15 a 45 años.

El 67% ya habían tenido entre 2 o el doble de hijos por lo tanto no eran primigestas.

En la pregunta 2: El 97% de las usuarias no buscan una segunda opinión con algún otro ginecólogo más solo un 3% refiere que sí.

En la pregunta 3: el 73% menciono que se le dio una breve explicación por parte del doctor cuando hicieron la programación para el procedimiento, quedando muchas dudas sin resolver, y una vez llegada la fecha indicada el personal de enfermería en su estancia hospitalaria fueron pocas las enfermeras que se presentaron con ellas incluso no informaron lo que se les realizaría en cada proceso. El 27% ya contaban con la experiencia de ser su segunda o tercera intervención, aunque algunas de ellas todavía tenían algunas dudas.

En la pregunta 4: Aunque el embarazo es algo visto como normal debe de ser motivo de llevar un buen control prenatal para saber sobre cómo evoluciona su

bebe y no solo eso si no se realicen todo lo que pueda prevenir una intervención quirúrgica de este aspecto.

En otros casos el 40% de las usuarias llevo un buen control prenatal pero aun así fueron intervenidas por la operación cesárea y en coincidencia les explicaron que venían muy estrechas solo por un tacto vaginal que les realizaron. El 60% no tuvo una buena información para llevar a cabo el control prenatal como correspondía, incluso algunas expresaron no tener tiempo disponible para asistir a consultas

La mayoría de las mujeres desconocen el daño que se puede ocasionar no solo para el bebe sino para ellas mismas con la práctica de esta operación una mala asepsia un mal manejo sin el seguimiento adecuado.

Son pocas las pacientes que acuden a consulta cuando creen que la vida del bebe está en peligro y otra información es que algunas no cuentan con un servicio de salud próximo para acudir a revisión por lo cual se les dificulta, ni saben cuáles son los signos de alarma que indican que hay una complicación en su embarazo.

En la pregunta 5: La familia de la paciente no estaba enterada de que se le realizara una cesárea que es un porcentaje de 53% y el 47% no estaba de acuerdo con la decisión algunos de los familiares preguntaron a que se debía y si no se podía evitar, otras querían saber si era correcto que se usara dicho procedimiento en su paciente.

## CONCLUSION.

Esta investigación da a presentar que la cesárea es un procedimiento que en ocasiones no se requiere, se realiza sin las indicaciones médicas correctas, en la actualidad es disminuido el trabajo de parto, por decisión de la paciente o del especialista, la cesárea está indicada como una alternativa de último recurso, en la actualidad se realiza con mucha frecuencia lo que hace aumento al riesgo y complicaciones que pueda llegar a existir el binomio madre-hijo en el proceso y en un futuro.

La falta de información que tiene la mujer gestante no le permiten prevenir de este acontecimiento y de posibles infecciones, llevándola a practicarse de manera consecutiva en su siguiente embarazo, en tales casos la paciente tiene dudas las cuales no son resueltas con claridad por parte del médico y no buscan una segunda opinión, otro dato importante es que influye en el procedimiento es que supuestamente el dolor que se presenta es mínimo en comparación a un parto aunque su recuperación sea más tardía.

Lo recabado se ve reflejado en los ingresos monetarios que recibe el médico por realizar la intervención quirúrgica sin importar lo que causa a la salud de la paciente, el aumento de cesáreas sin justificación clínica debería de preocuparnos de esta manera prevenir y evitar que se siga utilizando.

Otro de los problemas que se ha venido presentando es que el personal de enfermería no tiene los conocimientos necesarios ni el interés para intervenir en este acontecimiento, porque no dispone de suficiente tiempo con la paciente, y también que en muchas ocasiones no es de su interés el prevenirla de este procedimiento en donde se ve afectada su salud tanto física como emocionalmente.

## GLOSARIO.

**Arciforme:** significa arqueado en relación a los huesos.

**Síndrome de distrés:** es una insuficiencia respiratoria.

**Transabdominal:** procedimiento que se usa para examinar los órganos del abdomen. Se presiona firmemente contra la piel del abdomen un transductor de ecos (sonda).

**Corionmicos:** es una envoltura externa que recubre al embrión, las vellosidades corionicas emergen del cordón, invaden el endometrio y permiten el intercambio de nutrientes entre la madre y el feto.

**Partograma:** es una representación visual grafica de los valores y eventos relacionados al curso de trabajo de parto.

**Toconómico:** punto de referencia del feto que varía de acuerdo con las diferentes presentaciones.

**Distocia:** en medicina, el término distocia se emplea cuando el parto o expulsión procede de manera anormal o difícil. Puede ser el resultado de contracciones uterinas incoordinadas, de una posición anormal del feto de una desproporción cefalopélvica relativa o absoluta o por anomalías que afectan el canal blando del parto.

**Anomalía:** el vocablo griego *anōmalía* llegó al latín como *anomalía*, y luego al castellano como anomalía. La noción alude a una divergencia, una incompatibilidad, una discordancia o un desvío de una norma o de una práctica.

**Leucemia:** es un grupo de enfermedades malignas de la medula ósea que provoca un aumento descontrolado de leucocitos en la misma.

**Desproporción Cefalopélvica (CPD)** se produce cuando la cabeza o el cuerpo de un bebé es demasiado grande para pasar por la pelvis de la madre.

**Primigesta:** Adjetivo Dícese de la mujer que está embarazada por primera vez.

**Múltipara** Se dice de la mujer que ha tenido varios partos. Se acepta que una mujer es múltipara cuando tiene más de cinco partos.

**Posparto:** también conocido como puerperio, es la fase que sigue al parto y dura aproximadamente 6 semanas o cuarenta días

**Alumbramiento:** expulsión de la placenta y las membranas adjuntas en la tercera etapa del parto, después de la expulsión del feto.

**Contracciones de Braxton Hicks:** suelen durar aproximadamente 30 segundos. A medida que el embarazo avanza, estas contracciones se van tornando más frecuentes y duraderas, incluso dolorosas.

**Situación transversal:** es aquella en la que el eje mayor del feto forma un ángulo de 90° con el eje del útero.

**Parto abdominal o parto:** por cesárea es aquel en el que el bebé no sale de forma natural por la vagina, sino que es extraído mediante una operación quirúrgica, conocida como cesárea.

**Parto vaginal:** Es la forma tradicional de parto en la que el bebé sale del útero hacia el exterior a través de la vagina.

**Eclampsia:** enfermedad que afecta a la mujer en el embarazo o el puerperio, que se caracteriza por convulsiones seguidas de un estado de coma; suele ir precedida de otras afecciones como hipertensión arterial, edemas o presencia de proteínas en la orina.

**Preeclampsia:** estado patológico de la mujer en el embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, edemas, presencia de proteínas en la orina y aumento excesivo de peso; puede preceder a una eclampsia.

**Tijeras de cirugía Metzenbaum:** rectas de 14 cms. son largas, afiladas y muy resistentes, se utilizan cuando se necesita mayor precisión de corte o en tejidos delicados. Fabricadas en acero de alta calidad.

**Distocia:** Parto lento, laborioso y difícil.

**Placenta previa:** se desarrolla en el segmento inferior del útero y que causa hemorragias importantes durante el embarazo y el parto.

**Sufrimiento fetal:** agudo (SFA), o diestrés fetal, es un término que se usa en obstetricia para referirse a un estado que altera la fisiología fetal antes o durante el parto, de tal modo que es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un período relativamente breve.

**Carcinoma:** tumor maligno que se forma a partir del tejido epitelial de los órganos.

**Morbilidad:** cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

**Mortalidad:** cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

**Cardiotocografía:** es un método de evaluación fetal que registra simultáneamente la frecuencia cardíaca fetal, los movimientos fetales y las contracciones uterinas.

## FUENTES DE CONSULTA.

Zamora G. Miguel y Briones G. Carlos J. *Ginecología y obstetricia (temas selectos)*

Editado por el IPN (Instituto Politécnico Nacional), 1ra. Edición, 1995, México, páginas 107-110.

Hernández Sampieri, Roberto y Cols. *Metodología de la investigación.*

Editorial Mcgraw-hill, 4ta. Edición 2006, México, Pág. 64,244, 238.

ROMERO Salinas Gerardo. Distocias de contracción. *Ginecología y obstetricia* AMHGO-3, 2000; capítulo 41; pp.475 a 483.

ROJAS S. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION. Editorial Porrúa. México. Pp (268).

SAMPIERI H. Roberto. (2003)., ETODOLOGIA DE LA INVESTIGACION. Editorial Mc Graw Hill; edición tercera, País México. Pp, (3-689).

Diccionario Enciclopédico Salvat. 2ª ed. Barcelona: Salvat; 1954 .t-4:151-2.

Fernández Leyva H, Roque Martín Y. La cesárea, mitología o realidad 16 de abril 1996.191(2):27-9.

Carlos Gispert; et al, *Diccionario de medicina OCÉANO MOSBY*, Pp. 431, 457, 842

Catalina Mendoza Colorado, *manual de psicoprofilaxis perinatal*, pp. 23-76

Rosa María Torrens Singalés; Cristina Martínez Bueno, *Enfermería Obstétrica y Ginecológica*, Ediciones DAE (grupo Paradigma) 2012, 1º Edición, pp. 171-177

BAENA PAZ, Guillermina, *Metodología de la investigación*, México, Publicaciones Cultural, 2003.

DEUSTCH, H., *Psicología de la mujer*, Losada, Madrid, 1961.

GOLEMAN, D., *inteligencia emocional*, Kairós, Barcelona, 1966.

R. Scoot James, S. Gibbs Ronald, Y. Karlan Beth, F. Haney Arthur. *Tratado de obstetricia y ginecología*. Editorial. McGraw-Hill, 9na. Edición 2005, México D.F.

R. Scott MD James *Tratado de obstetricia y ginecología*. Editorial. McGraw-Hill, 7ma. Edición mayo 2000, México.

Tortora J. Gerard y Reynolds G. Sandra. *Principios de Anatomía y Fisiología*. Editorial Oxford, 9na. Edición 2000, México.

## REFERENCIAS DE INTERNET.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/e>

<http://anauntiverosorellana.tripod.com>

<http://psicoprofilaxisenel embarazo.blogspot.mx/2012/10/psicoprofilaxis-en-el-embarazo.html>

<https://es.wikipedia.org/wiki/Pelvimetr%C3%ADa>

<https://es.wikipedia.org/wiki/Distocia>

[http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO\\_PARTOGRAMA\\_CLAP.pdf](http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_PARTOGRAMA_CLAP.pdf)

<http://andreasilvarubalcava.blogspot.mx/2012/11/definiciones-de-obstetricia.html>

**ANEXOS.**

## ANEXO 1: Licenciatura en Enfermería y Obstetricia



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



Universidad Nacional Autónoma de México.

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Octavo semestre.

Seminario de tesis

Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Pacientes del HNSS

**Objetivo:** Comprobar que la información sea de utilidad y aplicable a la población a quien va dirigida de acuerdo con la opinión de esta misma.

**Instrucciones:** Lea cada una de las interrogantes y conteste con una (X) la respuesta que considere adecuada.

## Lista de cotejo

N°	INTERROGANTE	SI	NO
1.-	¿Es su primer embarazo?		
2.-	¿La han intervenido antes por este procedimiento?		
3.-	¿Le explicaron las complicaciones que pueden llegar a existir?		
4.-	¿Sabe el motivo por el cual le indico su ginecólogo que le practicaría la cesárea?		
5.-	¿Los conocimientos que se le proporcionaron son para usted claros y precisos por parte de su doctor?		
6.-	¿Tiene duda acerca de lo que se le va a realizar?		
7.-	¿Llevo un buen control prenatal?		
8.-	¿Su familia está informada y de acuerdo con respecto a su decisión?		
9.-	¿Sabe los cuidados que deberá tener?		
10.-	¿Acudió con algún otro doctor para una segunda opinión?		

“Gracias por su atención”

Nombre del aplicador: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

## CRONOGRAMA

Acción	Actividades	Fuentes de información	Fecha y hora	Responsable	Observaciones
Prevenir e investigar la información que tienen sobre la intervención quirúrgica de la cesárea.	Lista de cotejo a mujeres embarazadas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.	Por medio de un cuestionario con varias preguntas a mujeres embarazadas.	16,18,19 de febrero del 2016	Selene Torres De La Cruz.	