

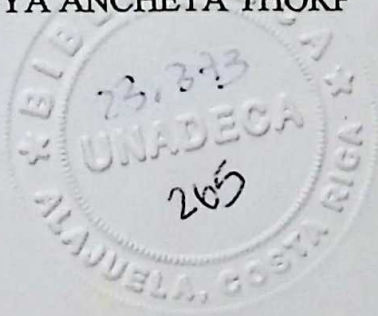
UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CENTROAMÉRICA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Trabajo sometido como requisito para optar al título de  
Licenciatura en Enfermería:

ESTUDIO SOBRE LAS CAUSAS DE NACIMIENTOS POR CESÁREAS EN LAS  
MUJERES EMBARAZADAS, EN EL HOSPITAL CIMA SAN JOSÉ, COSTA RICA.  
Enero 2009 -AGOSTO 2010.

ELABORADO POR:  
NADYA ANCHETA THORP

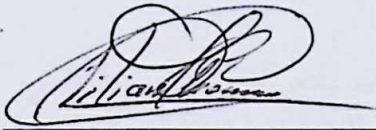


SEPTIEMBRE 2010  
ALAJUELA-COSTA RICA.

HOJA DE APROBACIÓN

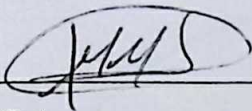
ESTUDIO SOBRE LAS CAUSAS DE NACIMIENTOS POR CESÁREAS EN LAS  
MUJERES EMBARAZADAS, EN EL HOSPITAL CIMA SAN JOSÉ, COSTA RICA.

ENERO 2009-AGOSTO 2010.



---

VICERRECTORA ACADÉMICA  
MSC. LILLIAN THOMAS REYES



---

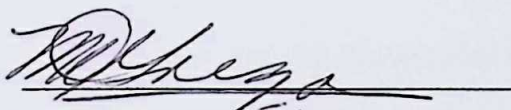
TUTORA  
MSC. XINIA MOLINA JUÁREZ

.....

TRIBUNAL EXAMINADOR

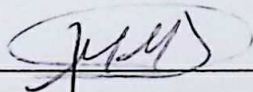
ESTUDIO SOBRE LAS CAUSAS DE NACIMIENTOS POR CESÁREAS EN LAS  
MUJERES EMBARAZADAS, EN EL HOSPITAL CIMA SAN JOSÉ, COSTA RICA.

ENERO 2009-AGOSTO 2010.



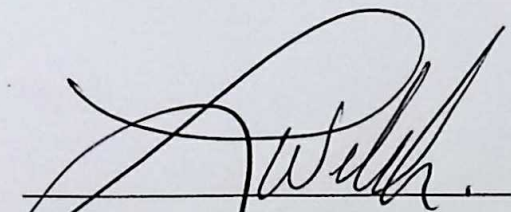
LICDA. MARIÁN MOLYNEUX MILLER

PRESIDENTA



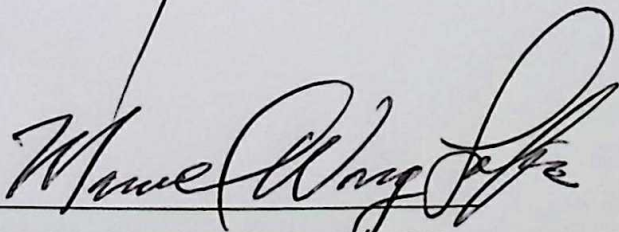
MSC. XINIA MOLINA JUÁREZ

TUTORA



LICDA. LUVINIA WELCH HODGSON

LECTORA



Dr. MANUEL WONG LOPEZ

LECTOR

## DEDICATORIA

Esta investigación la dedico a mi Padre Celestial , por haberme dado la capacidad de lograrlo, motivarme a seguirlo hasta lograrlo para cumplir un reto que no fue fácil, muchas veces quise caer, desistir y estuvo ahí para decirme falta poco.

A todas las mujeres embarazadas que necesitan la orientación y ayuda para poder llevar a cabo su embarazo durante su proceso de atención a la salud.

A mis padres en especial que son mi mayor fuerza, empuje y valor por haberlo logrado.

## AGRADECIMIENTO

Agradecida nuevamente a Dios y a mis padres: Manuel Ancheta León Y Sheron Thorp Guerra, por el logro de este resultado final, durante el proceso de investigación.

Al Hospital CIMA San José por haberme brindando su confianza para la divulgación de los resultados obtenidos durante los últimos meses de la investigación.

A mis amigos y compañeras: Msc. Xinia Molina Juárez, compañeras de maternidad y neonatos del Hospital CIMA San José, amigas Sarays Lezcano, Glenda Rojas, María Paz Jiménez a mis familiares en la distancia, tíos y abuelos que tuvieron el interés y su preocupación durante este proceso.

## ÍNDICE GENERAL

### Capítulo I

1.1 Justificación de la investigación.....	2
1.2 Formulación del problema .....	8
1.3 Objetivos.....	8
1.3.1 Objetivo general.....	8
1.3.2 Objetivos específicos .....	8
1.4. Alcances.....	9
1.5 Limitaciones.....	10
1.6 Delimitaciones .....	11
1.7. Utilidad de la investigación .....	11
1.8 Factibilidad o viabilidad.....	12

### Capítulo II

2. Antecedentes históricos.....	14
2.1. Reseña histórica .....	14
2.1.2. Misión.....	14
2.1.3. Visión.....	14
2.1.4. Valores.....	14
2.2. Descripción del Hospital con características especiales que lo destaquen y/o diferencien de otros.....	15
2.2.1 Descripción de los servicios médicos que el Hospital brinda al turista.....	16
2.2.2 Procedimiento o trámite para acceder a los servicios (directamente, mediante citas de seguros extranjeras o nacionales, a través de consorcios médicos etc.).....	18
2.2.3 Si pertenecen a alguna asociación de médicos local o internacional que de prestigio al servicio.....	18
2.2.4 Infraestructura (capacidad física, equipo médico y su instrucción especializada, nivel de tecnología).....	19
2.2.5 Misceláneos (otros servicios, horarios, disponibilidad, paquetes especiales etc.).....	21
2.3 El área de Gineco-Obstetricia.....	21
2.3.1 Organigrama Hospitalario .....	22
2.3.2 Historia de Gineco-Obstetricia en Costa Rica .....	23
2.4 Historia de la cesárea.....	26

### Capítulo III

Marco Teórico.....	28
3.1 Salud reproductiva .....	29
3.2 Morbo- mortalidad materna .....	30
3.3 Mortalidad neonatal .....	32
3.4 Cesárea.....	33
3.4.1 Definiciones y causas de Cesárea .....	35
3.4.2 Tipos de Cesáreas.....	38
3.4.3 Preparación preoperatoria .....	39
3.4.3.1 Preparación trasoperatoria.....	40
3.4.3.2 Preparación postoperatoria.....	40
3.5 Recomendaciones nutricionales-dieta blanda post cesárea .....	41
3.6 El parto.....	42
3.7 Enfermería y su importancia .....	43
3.7.1 Especialidades de Enfermería .....	44
3.7.2 Rol de la Enfermera Obstetra.....	46
3.7.2.1 Controles maternos .....	46

3.7.2.2 Monitorización fetal.....	47
3.7.2.3 Métodos de registro para las contracciones.....	48
3.7.2.4. Características de las contracciones.....	48
3.8 Control prenatal.....	49
3.9 Higiene durante el embarazo.....	52
3.9.1 Higiene Física.....	52
3.9.2 Higiene Mental.....	53
3.10 Ganancia del peso materno y nutrición de la embarazada.....	53
3.10.1 Recomendaciones nutricionales-dieta saludable postparto.....	55
3.11 Transculturación.....	56
3.12 Lactancia materna.....	57
3.13 Cuidados del recién nacido sano durante el nacimiento y postparto.....	58
3.14.1 Planificación familiar.....	59
3.14.1 Actividad sexual durante el embarazo.....	63
3.15 Para la propuesta del parto y cesárea (presupuestos).....	64
3.16 Teoría del Autocuidado.....	65
3.17 Cultura económica.....	66
3.17.1 Cultura de salud.....	66
3.18 En cuanto a la educación de los deberes y derechos del paciente.....	67
<b>Capítulo IV. : Procedimiento metodológico</b> .....	<b>69</b>
4. Marco metodológico.....	69
4.1 tipo de investigación.....	69
4.1.1 Cualitativa.....	69
4.1.2 Descriptiva.....	70
4.1.3. Estudio trasversal.....	70
4.1.4. Según finalidad: investigación aplicada.....	71
4.1.5 Según Profundidad u objetivo: explicativa.....	71
4.1.5 Según la orientación que asume: orientada a la explicación.....	72
4.2. Población.....	72
4.3 muestreo.....	73
4.3.1. Criterios de selección de muestra.....	73
4.4. Técnicas de recolección de datos.....	74
4.5. Instrumento de recolección de datos.....	74
4.6 Consideraciones éticas.....	75
4.7 Unidades de análisis.....	76
5. Análisis e interpretación de datos.....	79
Capítulo V: Conclusiones.....	120
Capítulo VI: Recomendaciones.....	127
Bibliografía.....	130
Glosario.....	138
Acrónimos.....	140
Anexos.....	141

CUADRO # 1: Infección Postparto.....	32
CUADRO # 2: Parámetros de la contractibilidad uterina .....	47
CUADRO # 3: Esquema de contenidos de los controles prenatales .....	51
CUADRO # 4: Requerimientos nutricionales durante el embarazo .....	53
CUADRO # 5: Metodos no hormonales .....	62
CUADRO # 6: Cuadro de cesárea realizadas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Febrero 2000.....	79
CUADRO # 7: Cuadro de cesárea realizadas en las mujeres embarazadas en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. 2001.....	80
CUADRO # 8: Cuadro de cesárea realizadas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. 2002.....	81
CUADRO # 9: Cuadro de cesárea realizadas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. 2003.....	82
CUADRO # 10: Cuadro de cesárea realizadas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. 2004.....	83
CUADRO # 11 Cuadro de cesárea realizadas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. 2005.....	84
CUADRO # 12: Cuadro de cesárea realizadas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. 2006.....	85
CUADRO # 13: Cuadro de cesárea realizadas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. 2007.....	86
CUADRO # 14: Cuadro de cesárea realizadas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. 2008.....	87
CUADRO # 15 Cuadro de cesárea realizadas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. 2009.....	88
CUADRO # 16: Cuadro de cesárea realizadas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. 2010.....	89
CUADRO # 17: Edad de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Diciembre 2009.....	90
CUADRO # 18: Nivel de educación alcanzada de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Diciembre 2009.....	92
CUADRO # 19: Nacionalidad de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Diciembre 2009.....	93
CUADRO # 20: Lugar de procedencia de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Diciembre 2009.....	95
CUADRO # 21: Diferentes Actividades laborales que realizaban las mujeres embarazadas que visitaron, el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Diciembre 2009 .....	96
CUADRO # 22: Porcentaje de usuaria que se mantuvieron trabajando en estado de gravidez y que hicieron uso del servicio de maternidad del Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Diciembre 2009.....	97
CUADRO # 23: Estado civil de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Diciembre 2009.....	98
CUADRO # 24: Razones de parto por cesárea en las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Diciembre 2009.....	99
CUADRO # 25: Opinión de las enfermeras de maternidad y neonatos, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Febrero 2010.....	101
CUADRO # 26: Opinión de otras mujeres, fuera del área Hospitalaria Alajuela-San José, Costa Rica. Febrero 2010.....	103
CUADRO # 27: Edad de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Mayo 2010.....	105
CUADRO # 28: Nivel de educación alcanzada de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Mayo 2010.....	106

CUADRO # 29: Nacionalidad de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Mayo 2010.....	107
CUADRO # 30: Lugar de procedencia de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Mayo 2010.....	108
CUADRO # 31: Diferentes Actividades laborales que realizaban las mujeres embarazadas que visitaron, el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero Mayo2010.....	109
CUADRO # 32 Porcentaje de usuaria que se mantuvieron trabajando en estado de gravidez y que hicieron uso del servicio de maternidad del Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Diciembre 2009.....	110
CUADRO # 33: Estado civil de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Mayo 2010.....	111
CUADRO # 34: Razones de parto por cesárea en las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Mayo 2010.....	113
CUADRO # 35: Antecedentes ginecológicos de las mujeres embarazadas que visitaron el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Febrero 2010.....	114
CUADRO # 36: Recibió con su pareja preparación al parto antes de la estadía en el Hospital CIMA San José 2010.....	115
CUADRO # 37: Fue informada sobre los riesgos de cesárea, durante su estadía en el Hospital CIMA San José 2010.....	116
CUADRO # 38: Se siente satisfecho con la atención brindada en el área de maternidad del Hospital CIMA San José, Costa Rica. 2010.....	117
CUADRO #39. Cuadro de cesáreas realizadas en las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital Cima San José, Febrero 2000-2009.....	118

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO # 1: Edad de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Enero-Diciembre 2009.....	90
GRÁFICO # 2: Nivel de educación alcanzada de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Diciembre 2009.....	92
GRÁFICO # 3: Nacionalidad de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Diciembre 2009.....	93
GRÁFICO # 4: Lugar de procedencia de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Diciembre 2009.....	95
GRÁFICO # 5: Diferentes actividades laborales que realizaban las mujeres embarazadas que visitaron el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Diciembre 2009.....	96
GRÁFICO # 6: Porcentaje de usuarias que se mantuvieron trabajando en estado de gravidez y que hicieron uso del servicio de maternidad del Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Diciembre 2009.....	97
GRÁFICO # 7 Estado civil de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Diciembre 2009.....	98
GRÁFICO # 8: Opinión de las enfermeras de maternidad y neonatos, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Febrero 2010.....	101
GRÁFICO # 9: Opinión de otras mujeres, fuera del área hospitalaria Alajuela-San José, Costa Rica. Febrero 2010.....	103
GRÁFICO # 10: Edad de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Mayo 2010.....	105
GRÁFICO # 11: Nivel de educación alcanzada de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Mayo 2010.....	106
GRÁFICO # 12: Nacionalidad de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Mayo 2010.....	107
GRÁFICO # 13: Lugar de procedencia de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Mayo 2010.....	108
GRÁFICO # 14 Diferentes actividades laborales que realizaban las mujeres embarazadas que visitaron el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Mayo 2010.....	109
GRÁFICO # 15: Porcentaje de usuarias que se mantuvieron trabajando en estado de gravidez y que hicieron uso del servicio de maternidad del Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Mayo 2010.....	110
GRÁFICO # 16: Estado civil de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Mayo 2010.....	111
GRÁFICO # 17: Antecedentes ginecológicos de las mujeres embarazadas que visitaron el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Febrero 2000-2010.....	114
GRÁFICO # 18: Recibió con su pareja preparación al parto antes de la estadía en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.....	115
GRÁFICO # 19: Fue informada sobre los riesgos de cesáreas, durante su estadía en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.....	116
GRÁFICO # 20: Se siente satisfecho con la atención brindada en el área de maternidad del Hospital CIMA San José Costa Rica, 2010.....	117
GRÁFICO # 21: Cesáreas realizadas en las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Febrero 2000-2009.....	118

## RESUMEN

El estudio fue realizado en un Centro Privado de medicina, Hospital Cima San José, pretendiendo conocer las causas de cesárea en las mujeres embarazadas. Un dato relevante es la cantidad de cesáreas realizadas desde el 2000 a Mayo del 2010 con 4.216 cesáreas. Para entender el procedimiento de la cesárea se define: *“intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina”*. (Dirección General de la salud reproductiva, 2002).

Esto se realiza porque el parto por vía vaginal no es posible. Algunas razones son de indicación relativa tales como:

- Causas maternas: tumores previos, preeclampsia, Hta , cesáreas anteriores, herpes genital
- Causas fetales: colocación pélvica de frente o de cara, macrosomía fetal, RCI, Síndrome fetal agudo
- Causas materno fetales: desproporción fetopélvica, labor estacionada
- Causas ovulares: placenta previa, desprendimiento de placenta, procedencia del cordón.

Indicación por emergencia o indicación electiva (mutuo acuerdo entre el médico responsable y familia).

A nivel mundial y nacional esta práctica es una tarea de todos los días, las cifras estipuladas por la Organización mundial de la salud no debería ser superior al 15%, pero se ha convertido en epidemia que sobrepasan las tasas mayor a este porcentaje.

Como parte de la conclusión

- ✓ El aumento en la incidencia de cesáreas cada vez es mayor, y muchas mujeres están dispuestas a pagar para “no sentir dolor”, muchas de ellas tienen la posibilidad de hacerlo, incluso después de firmar consentimientos que expliquen posibles riesgos, mas sin embargo deciden hacerlo ya que han tenido cesáreas anteriores.

✓ Al terminar esta investigación se ha aprendido que la cesárea es un problema ante la sociedad, que lleva un peso sobre cada madre y cada hijo nacido por este medio, las consecuencias pueden no siempre garantizar satisfacción.

La investigación presenta un enfoque cualitativo, y alcance descriptivo, mediante el instrumento aplicado se dio a conocer las causas de cesárea en la población de mujeres embarazadas del Hospital CIMA San José, hay muchos aspectos importantes para investigar con mayor amplitud, sin embargo se cumplieron con los objetivos estipulados.

## INTRODUCCIÓN

Desde hace muchas décadas las cesáreas han sido realizadas en diferentes países y regiones, cada vez se practican más debido a criterios médicos y personales de las pacientes, o por motivos maternos, fetales y ovulares que lo ameriten, esta investigación fue realizada en el Hospital Cima San José para estudiar la población de las mujeres embarazadas y conocer las causas de cesárea durante el periodo Enero 2009-Agosto 2010. Y según los datos obtenidos del registro de nacimientos desde el año Febrero 2000 Agosto 2010 se han realizado 4.216 cesáreas, siendo el 2009 la mayor cifra de procedimientos realizados, por lo mismo se genera la inquietud de conocer las causas de cesáreas por el incremento excesivo.

La cesárea es la: *“intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina”*. (Dirección General de la salud reproductiva, 2002).

El proceso de la cesárea es una etapa nueva para cada pareja el que representa emociones, temores y algunas veces complicaciones durante la evolución de la paciente, mas sin embargo el apoyo de Enfermería es brindar calidad y atención durante la estancia hospitalaria, preparar a los padres y familiares ante dicha tarea de la vida cotidiana.

Las estrategias y las acciones han llevado a reducir la mortalidad materna y neonatal, logrando que la maternidad sea saludable y sin riesgos, y que la madre disfrute de su bebé conjunto a su padre y familiares.

*“La mujer debe tener la posibilidad de sobrellevar el embarazo, el parto y el puerperio, en forma segura y libre de complicaciones. Esto implica que el resultado del embarazo debe ser exitoso en términos de sobrevivencia y bienestar tanto para la madre, como para el hijo. Por otra parte, las parejas deben poder ejercer su sexualidad en forma*

*responsable, sin que esto implique un embarazo no deseado o el riesgo de contraer una enfermedad” (UNICEF, 2000).*

La salud reproductiva como la salud en general, es determinada tanto por la carga genética como por la influencia del medio ambiente, en el que se nace, vive y en donde se ve influenciada muchas veces por la actitud y hábitos.

Esta investigación se divide en 6 capítulos que se describen a continuación:

**Capítulo I:** “*El problema y su importancia*”, Este capítulo contiene la justificación de la investigación, formulación del problema, objetivos generales y específicos, alcances, limitaciones, delimitaciones, utilidad y factibilidad de la investigación.

**Capítulo II:** “*Antecedentes Históricos*”. En este capítulo se hace una revisión bibliográfica del tema, incluyendo la información actualizada tanto de libros de texto artículos y de internet donde se plasman los antecedentes históricos del problema “Historia de la cesárea” ; además se incluye una pequeña reseña histórica del Hospital CIMA San José, lugar donde se realizó el estudio.

**Capítulo III:** “*Marco Teórico Conceptual*”. En este capítulo se describe el procedimiento quirúrgico denominado “Cesárea” y el rol de enfermería en este contexto.

**Capítulo IV:** Este capítulo se titula: “*Procedimiento metodológico*”, y en se explica el tipo de investigación, finalidad, alcance temporal, profundidad y objetivos, fuentes de información, operacionalización y cronograma de actividades.

**Capítulo V:** “*Conclusiones*”. Este apartado trata de brindar conclusiones respecto a las causas o razones sobre la práctica de las cesáreas en el Hospital CIMA San José.

**Capítulo VI:** Como su nombre lo dice “*Recomendaciones*”, este capítulo brinda recomendaciones para mejorar la práctica racional del procedimiento quirúrgico de la cesárea.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA Y SU IMPORTANCIA

## 1.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

### Importancia:

En los últimos años a nivel mundial se ha incrementado la preocupación del sector salud en fomentar un alto sentido de pertenencia y responsabilidad de las personas en la promoción de sus actividades de salud. Algunos trabajos han mostrado que existe posiblemente falta de responsabilidad de las personas con el cuidado de sí mismas. Esta situación se evidencia con las mujeres embarazadas; que posiblemente se someten a una cesárea sin conocer las ventajas y desventajas de la misma de tal forma. La realización de esta investigación apunta a conocer más a fondo y con mayor claridad un tema de vital importancia para la mujer y la familia gestante de hoy en día, quienes deberían conocer información adecuada para poder llevar a cabo un embarazo en todas sus etapas en forma exitosa, sin mayores problemas o complicaciones.

El fin específico es determinar las causas de nacimientos por cesárea en las mujeres embarazadas del Hospital CIMA San José. Las razones por la que se da la cesárea va a depender del médico tratante, según condición y antecedentes personales de la paciente, otra causa podría estar relacionado con el bebé, que pueda ser muy grande para la edad gestacional, la madre, con el trabajo de parto que se convierta en una posible labor estacionada, que no avanza en la dilatación del cuello uterino o problemas relacionados con la placenta o cordón umbilical.

El papel de la enfermera es fundamental ya que educando a la paciente fomenta el apoyo y bienestar ante dicha situación, como parte del proceso es vital informar a la madre sobre los riesgos y beneficios ante tal procedimiento, además he sido motivada a realizar la investigación porque llevo la relación directa con las madres. Esto nos coloca en el escenario diario de una mujer sometiéndose a la cesárea, por ende se puede observar el incremento o no de las cesáreas en el Hospital CIMA San José.

La condición femenina y la maternidad no se encuentran definidas solamente por la historia de cada mujer y su desarrollo formal, ambos factores son cruzados por la biología, la cultura, la economía, la política y la ideología que a través de la historia significa el hecho de ser mujer y madre.

De manera que es necesario aclarar términos como el embarazo, que según la Dra. Inés Bombí especialista en ginecología y obstetricia, en el artículo Salud de la Mujer lo define: *"el embarazo es el estado de la mujer gestante, el cual se desarrolla un feto en su útero. Comprende desde la fecundación del óvulo por parte del espermatozoide hasta el parto o expulsión del feto al exterior"*. (Embarazo y Salud de la Mujer, 2010.)

El embarazo no solo significa llevar el feto dentro del útero sino una serie de transformaciones físicas, psicológicas y mental para el cual la pareja y la familia deben estar preparada para llevar ésta importante tarea en conjunto, donde debe recibir atención prenatal para un desarrollo eficaz del producto final. A partir del momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienza a producirse en el cuerpo de la mujer, una serie de cambios importantes destinados a adaptarse a la nueva etapa de embarazo y que continuarán durante los nueve meses siguientes e inclusive posteriores al embarazo.

Hay dos vías para el nacimiento que es de forma natural o por medio de cesárea y para entender el significado de los dos conceptos, se puede entender por nacimiento natural o normal:

*"la expulsión del feto con un peso mayor de 500 gramos (20 semanas, aproximadamente)"*. (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y Organización Mundial de la Salud pág.: 368). Se clasifican en parto a término entre las 37 y 41 semanas, posttérmino entre la semana 42, y pretérmino antes de 37 semanas de gestación.

Básicamente entonces el nacimiento se puede entender como el proceso en que un ser vivo sale del vientre materno en forma natural. Sin embargo existe otra vía de nacimiento como la cesárea y se puede entender como:

*“El nacimiento de un feto a través de incisiones en la pared abdominal (laparotomía) y uterina (histerectomía), realizada de forma vertical y transversa. Bajo anestesia general o epidural”.* (T. Alvear Marcelo 2001).

Es importante acotar que:

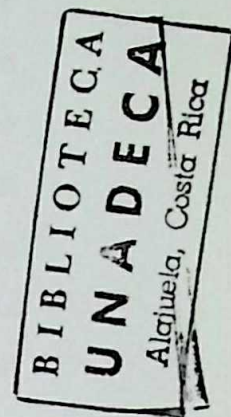
La mujer en el periodo del embarazo debe llevar un control prenatal que permita la evaluación de la misma y del bebé, este control debe ser de forma precoz y temprana desde el primer trimestre del embarazo, periódico y continuo fijando un mínimo de 5 consultas, completo e integral refiriéndose al binomio madre-hijo y extenso o de amplia cobertura que abarque a todas las embarazadas.

Con un buen control permitirá que el embarazo transcurra lo más normal posible distinguiendo entre diferentes posibilidades que ocurra de manera, *intrauterino*, donde ocurre la implantación del embrión en el útero y el embarazo transcurre normal. *Ectópico*, o extrauterino que significa “fuera de lugar” que no ocurre en el sitio normal ubicado en el útero, por ejemplo la implantación puede ocurrir, en el ovario, abdomen, y trompas de Falopio siendo este el sitio más común en los embarazos ectópicos. Embarazo molar, existe problemas con la placenta y se convierte en una masa de quistes conocida como mola hidatidiforme, se asemeja a un racimo de uvas blancas.

.....

La mujer como principal protagonista es digna de llevar en el vientre un ser maravilloso creado por el más grande del universo, nuestro Dios.

*“Porque tú formaste mis entrañas, tú me hiciste en el vientre de mi madre. Te alabaré, porque formidables, maravillosas son tus obras; estoy maravillado y, mi alma lo sabe muy bien, no fue encubierto de ti mi cuerpo, bien que en oculto fui formado, y entretejido en lo más profundo de la tierra. Mi embrión vieron mis ojos, y en tu libro estaban escrito todas aquellas cosas que fueron luego formadas, sin faltar alguna de ellas”. La Biblia (2000). Salmos capítulo 139 versículos 13-16, Pág., 568.*



La mujer tiene el privilegio de llevar esta experiencia, es una bendición y el regalo más grande que Dios da a la mujer para aquellas que son madres, no es un instinto es cada día un aprendizaje, obra maravillosa y hecha por el Creador. Es importante señalar que generalmente el recién nacido es recibido con gran regocijo en la familia, que los padres se llenan de grandes esperanzas ante el nacimiento de sus hijos, siempre se espera lo mejor para ellos, se piensa que crecerán se educarán, se convertirán en profesionales exitosos y ciudadanos de bien.

Regresando al tema fundamental de esta investigación se puede decir que la primera cesárea documentada sobre una mujer viva fue realizada en 1610, pero la paciente murió 25 días después de la cirugía. *Historia de la cesárea (2009). Recuperado el 03 de Noviembre del 2009 de: <http://www.buenasalud.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3415&ReturnCatID=10>*

En el Hospital CIMA San José (HSCJ), la primera cesárea se realizó el 19 de Febrero del año 2000, paciente norteamericana de 38 años, (KLW) proveniente de San Carlos, embarazo de 40 semanas de gestación, atendida por la neonatóloga la Dra. Fratter y el primer parto realizado fue el 26 de Febrero del año 2000, paciente también norteamericana (GR) del cantón de San José, embarazo de 34 semanas, atendida por el neonatólogo el Dr. Abdelnour, y estuvo la enfermera Obstetra Tatiana Acuña. (*Libro de Nacimientos de Neonatos, 2000*).

Desde el año 2000 en que se realizó la primera cesárea y hasta la fecha se han realizado un total de 4.216 cesáreas en comparación de los partos vaginales se han realizado total de 1.762 que representan más que el doble, la situación demuestra que cada vez las mujeres se someten más a las cesáreas justifica la realización de esta investigación, otro punto por el cual es justificable esta investigación es el hecho de que la investigadora es mujer, enfermera que tiene la obligación de conocer sobre el tema para poder educar adecuadamente a las usuarias que asisten como clientes al Hospital CIMA y también es una futura mamá. *Libro de Nacimientos de Neonatos (2000-2009)*.

Según refiere el Dr. José Belizán, (2000) director del Centro Latinoamericano de perinatología de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). *“En Estados Unidos y Europa el objetivo es reducir las cesáreas, ya que cada vez en América Latina se ha dado incremento de las cesáreas, se realizan 850 000 por año innecesariamente lo que significa un 33%. Representando en Argentina 25,4%, República Dominicana 25, 9%, Brasil 27,1%, Chile 40%, Colombia 16,8%, Panamá 18,2%, Ecuador 18,5%, Venezuela 21,0%, Uruguay 21,9%, Cuba 23,0%, y México 24,1%”*. *Epidemia de la cesárea, recuperado el 26 de Enero de 2010.*

Investigadores como De Mott, De Muyler, Porreco, Pridijian y Sánchez Ramos, 1990, refieren *“que para disminuir la tasa de cesáreas es preciso fomentar la promoción del trabajo de parto, junto con controles de la frecuencia cardíaca fetal (FCF), y realización de monitoreos”*.

*“El porcentaje propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) no debería ser superior del 15%. Sin embargo el número de las cesáreas excede las cifras y se practican cada vez más. En Costa Rica el porcentaje representa un 20, 8%. En los Hospitales nacionales privados representa un 70% y Hospitales públicos el porcentaje de los nacimientos por medio de cesárea. Se ha dado un incremento de las cesáreas a nivel privado y público”*. (OMS, 2008).

*“A nivel nacional las cifras de nacimientos de parto vaginal y de cesáreas en el semestre del 2009, son de 35 925 incluyendo el sector de servicio de la salud a nivel privado y público. El Hospital CIMA San José reporta 733 nacimientos. En el 2008 fueron 75 187 nacimientos en el país”. (Moreira M. comunicación personal, de Estadísticas y Censos. Octubre 9, 2009).*

Poniendo de ejemplo la zona de San Carlos 30 de cada 100 nacimientos terminan en cesárea, en 1996 26% de 4109 nacimientos fueron cesáreas, para el 2006 se incrementa a un 31% de 3482 nacimientos, algunos médicos refieren que ocurrió por falta de personal y especialistas, viéndose afectada la parte económica, un parto cuesta a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) 38.000 colones y las cesáreas 81.000 colones. (Cantero Marcela, 2008).

Según las cifras anteriores la Organización Mundial de la Salud recomienda que las cesáreas no debieran ser superiores al 15%, pero desde Estados Unidos de América, Europa, América latina y en el caso de Costa Rica es otra la realidad, Hospitales nacionales privados y públicos exceden los porcentajes, se observa el incremento continuo, además los costos de las cesáreas duplican el costo de un parto a nivel público ni imaginar a nivel privado el precio por este procedimiento, mostrando de manera general un 33% de manera innecesaria. Las mujeres embarazadas que se sometan a cesárea, deben conocer sobre riesgos, beneficios, uso de anestesia, tiempo de recuperación sin faltar el control prenatal y curso de preparación al parto., esta función la desempeña el médico y la enfermera.

De manera que la decisión la tiene la mujer embarazada y su familia de elegir la forma de nacimiento de ese nuevo ser miembro del núcleo. Sin embargo es necesario acotar que existen diversas razones por las cuales la mujer es sometida a una cesárea y que son completamente necesarias porque están en compromiso la vida de la mujer la del niño o la de ambas. Además nunca se debe olvidar que Dios nos regala vida y deja en nosotros la elección...

## 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las causas de nacimientos por cesáreas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero 2009-Agosto 2010?

### 1.3. OBJETIVOS

#### 1.3.1 Objetivo general:

Determinar cuáles son las causas de nacimiento por cesárea en las mujeres embarazadas que son atendidas en el Hospital CIMA y cuál fue la tendencia en los años Enero 2009-Agosto 2010.

#### Preguntas de investigación

¿Cuáles son las principales causas de cesárea realizadas en el HCSJ?

¿Cuáles con las posibles complicaciones que se podrían presentar postcesárea?

¿Cuál es la tendencia de las cesáreas en los últimos años?

¿Cuán segura son las cesáreas hoy día?

¿Quién tiene la desición de la cesárea?

#### 1.3.2 Objetivos específicos:

1. Identificar las características socioculturales de las mujeres embarazadas que tienen su parto en el Hospital CIMA San José (HCSJ).
2. Determinar los factores que condicionan el parto por cesárea en la población que consulta en el Hospital CIMA San José (HCSJ).
3. Identificar el conocimiento que tienen los padres sobre los riesgos y beneficios que tiene el parto por cesárea en el Hospital CIMA San José (HCSJ).
4. Desarrollar un registro estadístico continuo sobre parto por cesárea y vaginal en el Hospital CIMA San José (HCSJ).
5. Realizar cuadros comparativos del número de cesáreas realizadas en años anteriores.
6. Señalar las intervenciones de enfermería que realiza el personal del Hospital CIMA San José (HCSJ).
7. Valorar si la familia gestante tiene preparación adecuada para el parto en el Hospital CIMA San José (HCSJ).

## ALCANCES Y LIMITACIONES

### 1.4 ALCANCES

La investigación es de carácter **descriptiva**: se fundamenta en la realidad de las cesáreas y detalla las causas más comunes en el HCSJ en las mujeres embarazadas entre el periodo 2009-2010, utilizando unidad de análisis de estudio para descubrir el fenómeno de interés. **Exploratoria**: las cesáreas representan un tema actual y problemático, a la vez en cual se abarcan muchos temas, que pueden ser utilizados para temas de investigaciones futuras, los objetivos y las preguntas de investigación ayudará a delimitar el tema. Con rasgos **cuantitativa** por medio de representación de gráficos y cuadros.

Alcance **explicativo**: por medio de la entrevista personal y la aplicación del cuestionario se obtiene la información a cerca de las causas específicas de las cesáreas. Se fundamenta el carácter **cualitativo**: por medios de los resultados obtenidos en el estudio, se analizan las conclusiones, y comprenden las causas de cesáreas en las mujeres embarazadas en el HCSJ. *Patton (1990) define los datos cualitativos como descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones.* Donde su patrón cultural se ve influenciado por la conducta y se logra la interpretación por medio de la observación., donde se identifican problemas emocionales, insatisfacción, tipo de religión entre otros...

Sus resultados pueden servir para los siguientes sectores:

- Personal: Obtener mayor conocimiento para transmitirlo a las mujeres embarazadas y despejar dudas ante el tema.
- Gremial: El estudio tiene como objetivo determinar cuáles son las causas de nacimientos de cesáreas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, esto con el fin de intervenir y planificar una atención especializada al paciente. Siendo de mucha ayuda el identificar los factores de riesgo que condicionan las cesáreas para actuar ante cualquier emergencia y poder preparar al equipo profesional e insumos el para procedimiento inmediato.
- Social: Será de ayuda como fuente bibliográfica para otras investigaciones futuras y así promover estudios en entidades privadas para estudios posteriores y realizar

trabajos teóricos y prácticos, servirá de gran ayuda a la mujer embarazada para obtener conocimientos prácticos durante el embarazo y puerperio.

## 1.5 LIMITACIONES

- Humanas: Algunas de las encuestadas por prejuicios no querían participar y algunas por estar en fase de parto se les hacía difícil responder.
- Temporales: El factor tiempo ha sido corto, durante unos 8 meses se realizó la investigación en el cronograma se puede observar con mayor detalle en la pág: 145 es necesario mayor tiempo para poder valorar muchas de las causas de cesárea en mujeres embarazadas, y al no encontrar información actualizada hubo que desplazarse a otras bibliotecas para tener otro tipo de aportes. Organización del horario entre el estudio y el trabajo es un poco limitada en algunas ocasiones.
- Teóricas: La información requerida para esta investigación muchas veces no cumplía con los criterios, por encontrarse material en libros muy viejos y desactualizados para la época.
- Éticas: Es un tema de realidad nacional en los Hospitales privados, y hay que respetar la opinión tanto médica, familia y paciente. Se obtuvo el consentimiento por parte de la Gerencia de Enfermería para realizar la investigación y tener participación activa con las pacientes embarazadas la cual se les aplicó un cuestionario y entrevista personal, revisión de expedientes, se les explicó que la información brindada era totalmente confidencial, para dicha investigación a cerca de las causas de la cesárea y estuvieron de acuerdo con llenar la información

## 1.6. Delimitaciones

Estos son los principales aspectos a estudiar:

- Socioculturales: La población del CIMA, está representada por su mayoría por pacientes Costarricenses, pero incluye pacientes extranjeros que a su vez representan diferentes credos, cultura y se observa la diversidad de países y costumbres, y estilos de vida adoptados por las clases sociales.
- Causas de cesárea: va depender de la condición de la madre y el bebé en la hora próxima del nacimiento, se clasifican en indicación relativa (materna, fetales, maternofetales y ovulares), por emergencia, o programada. En la pág: 34 se detalla y se explican cada una.
- Conocimiento: De la población a estudiar que son las mujeres embarazadas del Hospital CIMA San José, qué tanto saben del procedimiento quirúrgico, posibles complicaciones, cuidados posteriores de la herida, sangrado, lactancia materna y cuidados del recién nacido.
- Intervenciones de la enfermera Obstetra: está presente durante la fase del parto, es la encargada de brindar apoyo y cuidados a la madre y al bebé, brindando educación acerca de cesárea, lactancia materna, entre otros...

## 1.7. Utilidad de la Investigación

Teórica:

- Tener conocimiento para luego aplicarlos a la hora de la educación como enfermeras a los padres y familiares estando preparados para dicho evento del embarazo, sus riesgos y complicaciones.

Práctica:

- Ayudará al personal profesional de la salud para intervenir de manera eficiente y rápida para la atención del paciente y estar preparados en la intervención adecuada brindando una mejor calidad, comodidad y contribuir con la salud de la madre e hijo.

- Brindar información a los padres acerca de las posibles complicaciones y beneficios de la cesárea permitirá cooperación y mayor tranquilidad por parte de los involucrados en el proceso.
- A las mujeres embarazadas y familiares para la preparación del nacimiento o escogencia del plan del parto sabiendo riesgos y consecuencias, preparándola para cuidados del recién nacido, lactancia materna y cuidados posteriores de ella y el bebé.

### **1.8 Factibilidad o viabilidad**

Esta investigación es posible por estas razones:

- A. Somos parte del personal de enfermería
- B. Se cuenta con la autorización del CIMA para su realización
- C. Hay disponibilidad de información médica estadística sobre las cesáreas en el HSCJ
- D. Existe comunicación directa con las pacientes embarazadas y las que han sido objeto de cesáreas
- E. Se cuenta con la asesoría profesional de la enfermera con experiencia y formación académica en investigación en enfermería
- F. Las compañeras y superiores del hospital brindan al apoyo a dicha investigación

# CAPÍTULO II

## Antecedentes

## Históricos

## **2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL HOSPITAL CIMA**

### **2.1. Reseña Histórica**

El Hospital CIMA San José (HCSJ), es inaugurado el 2 de diciembre de 1999, iniciando cirugías en febrero del 2000. Formó parte de International Hospital Corporation, empresa con sede en Dallas, Texas, lo cual es consorcio que invierte en Hospitales, los operacionaliza y comercializa bajo nombre de Centro Internacional de Medicina (CIMA). (Libro de Inducción del Personal, 2009, Pág. 1-2).

#### **2.1.2. Misión**

“Brindar servicios de salud de la más alta calidad y excelencia mediante la mejoría continua de nuestra organización, alcanzando y siendo reconocidos de este modo por tener los más altos estándares internacionales de salud”.

#### **2.1.3. Visión**

“Ser la red de servicios de salud más confiable y de red más alta calidad internacional”.

#### **2.1.4. Valores**

Para alcanzar la excelencia, el equipo humano del Hospital CIMA se fundamentan en:

- Calidad: diagnóstico y tratamiento adecuado para cada paciente y que el cliente esté satisfecho con los servicios brindados.
- Sustentabilidad: brindar servicios con calidad y excelencia en el desempeño de las labores.
- Ética: confidencialidad entre cliente y personal del servicio de salud

## **2.2. Descripción del Hospital con características especiales que lo destaquen y/o diferencien de otros.**

El *Hospital CIMA San José* se ha destacado considerablemente, y se ha convertido en punto de referencia de la medicina costarricense en el exterior. Muchos de los pacientes llegan por la confianza y los excelentes procedimientos realizados a sus amigos o familiares en nuestro campus médico.

Desde su creación, hace 9 años, el Hospital CIMA ofrece una amplia gama de procedimientos que tienen gran demanda entre los extranjeros, pues estos constituyen un porcentaje muy importante de nuestros pacientes.

Más allá de la cirugía plástica, que efectivamente es muy solicitada, la principal fortaleza reside en la capacidad de realizar cirugías complejas y procedimientos mínimamente invasivos, en especialidades como ortopedia, cardiología, neurología y urología, ginecología, entre otras.

El pasado mes de mayo, el Hospital CIMA inauguró el Centro Quirúrgico Integrado, único en Centroamérica y provisto de la mejor tecnología existente en América Latina.

El Centro Quirúrgico Integrado está conformado por cuatro quirófanos, cuyos equipos pueden ser controlados desde una estación remota o a través de la voz del cirujano, elevando la seguridad del paciente y aumentando la eficiencia durante los procedimientos.

Además posee un control integrado de última generación que permite manipular las señales en cada quirófano, y cuenta con la capacidad de transmitir voz e imágenes en tiempo real, vía control remoto a las diferentes salas, auditorios del Hospital o cualquier punto en el mundo.

El CIMA cuenta con especialistas de primer nivel y tecnología de punta para realizar los distintos procedimientos, con elevados estándares de calidad y seguridad, a la altura de los Hospitales más reconocidos de Estados Unidos, Europa y Asia.

Prueba de ello es que el año pasado se recibió la Acreditación en Estándares Internacionales de Calidad Hospitalaria, Cuido de Pacientes y Gerencia Organizacional por parte de la Joint Commission International.

### **2.2.1 Descripción de los servicios médicos que el Hospital brinda al turista.**

Los servicios y procedimientos más demandados por los pacientes extranjeros son: Cirugía Cosmética y Reconstructiva, Cirugía Laparoscópica, Otorrinolaringología Tratamientos y Cirugía de próstata, Urología, Vascular Periférico, Ortopedia, Oftalmología, Odontología Neonatología, Oncología, Ginecología, Psiquiatría, Cardiología, Diagnóstico por Imágenes, Medicina Preventiva y Chequeos según rango de edad y sexo, Fisioterapia y Rehabilitación, Manejo de adicciones y Neurocirugía entre otros.

Se recibió al año un promedio de 5000 pacientes extranjeros, que representan un 38% del total atendido. La proveniencia es: Estados Unidos, Canadá, Centroamérica y Europa.

Las cifras internas que manejan las directivas del Hospital, reflejan que todos los años se ha mantenido un crecimiento que oscila entre el 15% y el 20%.

El Hospital CIMA San José, atiende más de 5000 pacientes internacional anualmente. Cuenta con un Departamento, el cual guía, asesora y atiende las necesidades de los pacientes antes, durante y después de su tratamiento en el Hospital CIMA, esto con asistencia personalizada y calidad. Este Departamento asegura el proporcionarle a los

pacientes, cuidado de la más alta calidad médica y humana, acompañándolos durante todo el proceso, desde su llegada hasta la salida del país.

El Departamento de Pacientes Internacionales del Hospital CIMA está a cargo de un coordinador, que entre otras funciones debe:

- Identificar y seleccionar el médico según las necesidades del paciente.
- Coordinar las citas con el médico y los exámenes pre-operatorios que requiera el paciente para cada uno de los procedimientos.
- Coordinación de Presupuestos directamente con el paciente o con el Departamento de Seguros Internacionales del Hospital CIMA.
- Asistir al paciente en las coordinaciones para la estadía y el transporte del paciente en el país.
- Coordinar con personal bilingüe la atención del paciente durante el pre, trans y post operatorio.
- Coordinar y facilitar la comunicación entre el médico de cabecera y el médico a cargo en el Hospital CIMA San José.
- Servir como punto de contacto para futuros enlaces una vez que haya regresado a su país.
- Proveer acceso a habitaciones tipo suite Very Important Person (VIP).
- Llevar a cabo los arreglos pertinentes con la estadía del paciente.

- Coordinar el transporte desde el aeropuerto al Hospital, del Hospital al aeropuerto y cualquier otro transporte que requiera.

### **2.2.2 Procedimiento o trámite para acceder a los servicios (directamente, mediante citas de seguros extranjeras o nacionales, a través de consorcios médicos etc.).**

Para beneficio y facilidad del paciente extranjero el CIMA San José tiene convenio con más de 40 aseguradoras a nivel mundial. El extranjero puede hacer efectiva la póliza a través del departamento de Seguros Internacionales del Hospital.

### **2.2.3 Si pertenecen a alguna asociación de médicos local o internacional que de prestigio al servicio.**

El Hospital CIMA San José, pertenece a la Internacional Hospital Corporation, una empresa con sede en Dallas, Texas. Este consorcio invierte en Hospitales, los opera y comercializa y estos operan con el nombre de Centro Internacional de Medicina (CIMA). Consorcio Internacional Hospital (CIH), opera también Hospitales en Brasil bajo el nombre de VITA.

Los Hospitales CIMA brindan sus servicios a través de los Hospitales:

- CIMA Hermosillo
- CIMA Chihuahua
- CIMA San José de Costa Rica
- CIMA Santa Engracia
- CIMA Guanacaste (empezará a funcionar a mediados del año 2011)

Al pertenecer a la más prestigiosa corporación de Hospitales de la región: Internacional Hospital Corporation, CIMA San José tiene la oportunidad de estrechar relaciones con Instituciones de Salud Internacionales. Dichas alianzas le permiten al

cuerpo médico del Hospital realizar: cursos, capacitaciones y pasantías en dichas organizaciones. Algunas de estas son:

- *Southwestern Medical Center*
- *John's Hopkins Medicine*
- *The University of Texas MD Anderson Cancer Center*
- *Mayo Clinic*
- *University of California, Los Angeles (UCLA) Healthcare*

#### **2.2.4 Infraestructura (capacidad física, equipo médico y su instrucción especializada, nivel de tecnología).**

El CIMA San José es un Hospital de primer nivel, y cuenta con 44 habitaciones y 8 suites completamente equipadas con gases médicos, intercomunicador con enfermería, cama eléctrica, teléfono, televisor con cable TV, además de sistemas de climatización e intercomunicación, así como acceso telefónico directo internacional y menú a la carta.

El Área de Servicios Quirúrgicos tiene en total nueve quirófanos, cuatro de ellos hacen parte del Centro Quirúrgico Integrado, recién inaugurado, provisto de la *más moderna tecnología existente en América Latina* y exclusiva en Centroamérica, cuyos equipos pueden ser controlados desde una estación remota o a través de la voz del cirujano, elevando la seguridad del paciente y aumentando la eficiencia durante los procedimientos.

CIMA San José es el Hospital con los más modernos equipos para litotricia extracorpórea y video endoscopia digital. Nuestro servicio de imágenes es el más completo y moderno del país, ofrece radiología simple o especial, tomografía axial computarizada helicoidal, ultrasonidos de 2 y 4 dimensión, mamografías, densitometría, resonancia magnética abierta, medicina nuclear y fluoroscopia.

El CIMA San José cuenta con modernos sistemas de tecnología y áreas inteligentes, puertas automáticas, cableado estructurado, sistema de voz y datos, circuito cerrado de televisión.

Ofrece más de 60 especialidades médicas en las áreas de Cardiología, Cirugía Cardíaca, Ortopedia, Neurología, Neurocirugía, Medicina General, Medicina Interna, Cardiovascular, Vascular Periférico, Cirugía del tórax, Urología, Cirugía oncológica, Cirugía Laparoscopia, Cirugía general/ proctólogo, Gineco-obstetricia, Ginecología, Pediatría, Geriatria gerontóloga, Hematología, Infectología, Inmunología, Investigación clínica, Nefrología, Neumología, Nutrición, Oftalmología, Psiquiatría, entre otras.

Adicionalmente cuenta con ocho especialidades odontológicas.

El CIMA posee el Laboratorio de Patología más moderno de Centroamérica, además de modernos servicios de emergencias, fisioterapia y rehabilitación, laboratorio del sueño, laboratorio clínico, neurofisiología, unidad psiquiátrica y farmacia, entre otros.

El servicio de emergencias brinda atención las 24 horas del día, y es el único a nivel privado que cuenta con médicos especialistas en emergencias, además de enfermeras y médicos especializados en diversas ramas de la medicina; está compuesto de salas de consulta, shock y trauma, área de yesos y de observación para adultos y niños.

Para el servicio de terapia intensiva se cuenta con los mejores equipos de monitoreo, ventilación y soporte circulatorio, respiratorio y renal, a cargo de personal experimentado. Los cubículos son independientes y perfectamente equipados. Los pacientes tienen vigilancia del personal las 24 horas del día, y una sala de espera para los familiares.

Cuenta con tres modernas torres de consultorios médicos, donde más de 500 especialistas ofrecen sus servicios de consulta externa. Aquí también funciona el Centro

de Fisioterapia y Rehabilitación, La Clínica de Heridas y OftalmoCIMA, el Centro de Descompresión Espinal, entre otros.

### **2.2.5 Misceláneos (otros servicios, horarios, disponibilidad, paquetes especiales etc).**

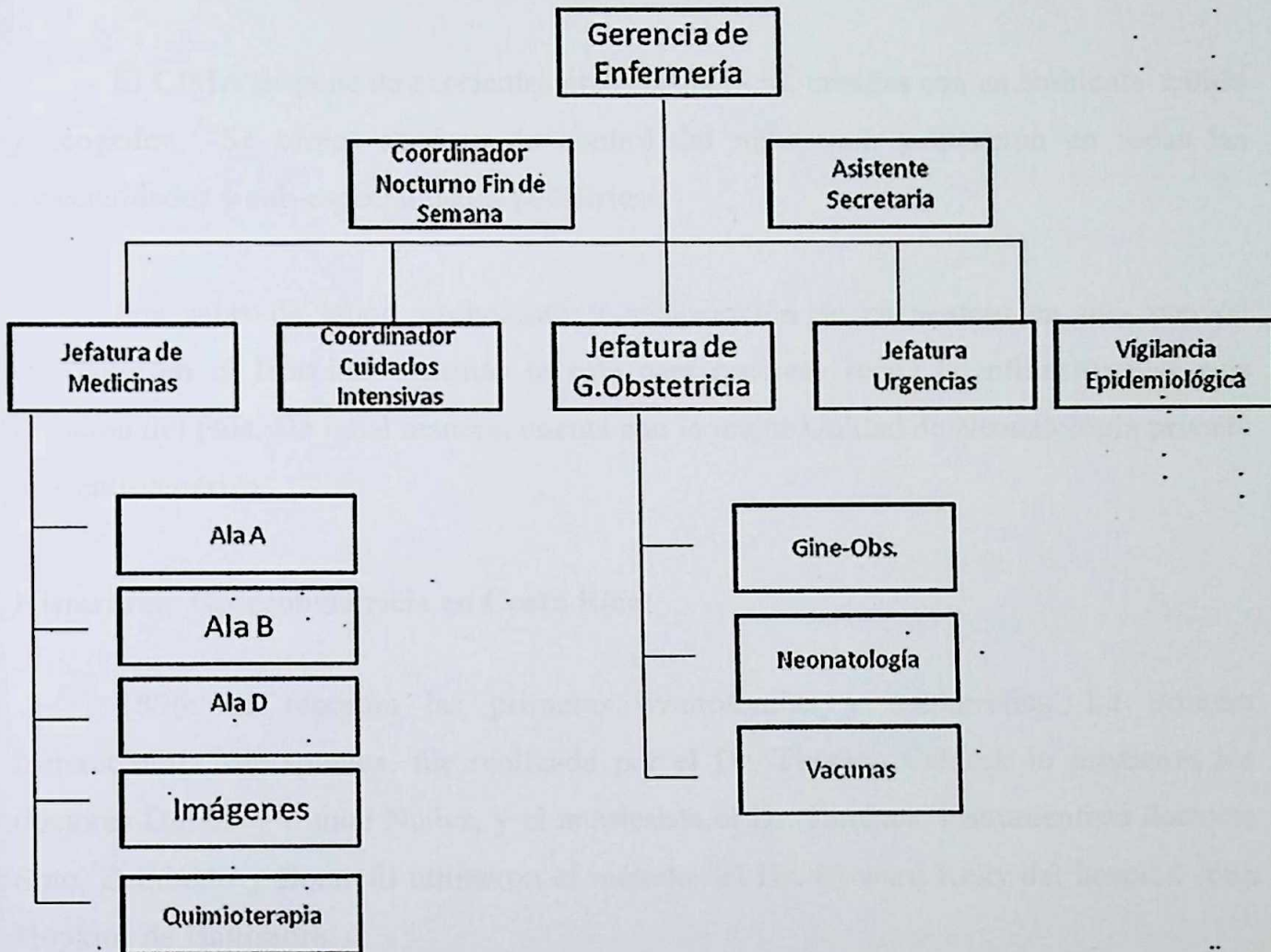
Además de los servicios médicos descritos, el Hospital tiene el servicio de farmacia las 24 horas; cuenta con un restaurante de alta categoría, cuyos menús son elaborados por nutricionistas del Hospital y alberga otras tiendas de conveniencia como banco de sangre, clínica del dolor, endoscopias, cirugía menor, departamento de educación, esterilización, hemodinámica, imageneología, servicios clínicos, unidad de cuidados intensivos, servicio al cliente, tienda de artículos para el asma y el ambiente, tienda de regalos, entre otros.

*(Stefanov Fabiola, Comunicación personal 20 octubre 2009)*

### **2.3 El área de Gineco-Obstetricia:**

Finalmente pero no menos importante el CIMA dispone de extraordinarias áreas físicas pensadas para la mujer gestante y su familia de tal forma que el ambiente es cálido y acogedor, con atención altamente humanizada, donde se brindan servicios de enfermería desde la primera etapa del embarazo hasta la culminación del mismo. Cabe destacar que la infraestructura se considera la más moderna del país y la unidad de neonatología se estima es la mejor a nivel privado en Centroamérica.

### 2.3.1 Organigrama Hospitalario



La primera directora de enfermería en el año 2000 fue Ana Cecilia Carvajal, la subdirectora María Cecilia Porras quien era jefatura general de los servicios brindados en el Hospital, era enfermera obstetra, anestésista, instrumentista. (2000-2005). Jefatura de gineco-obstetricia (2006) Laura Acuña, (2006-2007) Yorleny gineco-obstetricia para (2008-2009) Alejandra Blanco.

En el Hospital CIMA San José (HSCJ), la primera cesárea se realizó el 19 de Febrero del año 2000, paciente norteamericana de 38 años, (KLW) proveniente de San

Carlos, embarazo de 40 semanas de gestación, atendida por la neonatóloga la Dra. Fratter y el primer parto realizado fue el 26 de Febrero del año 2000, paciente también norteamericana (GR) del cantón San José, embarazo de 34 semanas, atendida por el neonatólogo el Dr. Abdelnour, y estuvo la enfermera Obstetra Tatiana Acuña.

El CIMA dispone de excelentes áreas pediátricas, creadas con un ambiente cálido y acogedor. Se ofrece servicio de control del niño sano y atención en todas las especialidades y sub-especialidades pediátricas.

Las salas de labor, nacimiento y recuperación se encuentran en una sección exclusiva en el Hospital. Además la sala para cesáreas reúne la infraestructura más moderna del país. De igual manera, cuenta con la mejor Unidad de Neonatología privada de Centroamérica.

### **Historia de Ginecobstetricia en Costa Rica:**

1896: se reportan las primeras ovariectomías y colporrafias. La primera histerectomía suprapúbica, fue realizada por el Dr. Thomas Calneck lo asistieron los doctores Durán y Daniel Nuñez, y el anestesista el Dr. Jiménez, instrumentista doctores Soto, Zumbado y Bonnefil utilizaron el método del Dr. Howard Kelly del hospital Jonh Hopkins de Baltimore.

1899: el Dr. Calneck realiza 7 ovariectomías, histerectomía y se mencionan los tratamientos de abortos.

1900: se menciona la atención en maternidad con 8 pacientes.

1901: se atienden 84 pacientes.

1902: 109 pacientes.

1904: 105 pacientes.

*(Sacado del libro de 150 años del hospital San Juan de Dios).*

En el libro sobre: "La historia de la Enfermería en Costa Rica", se resume lo siguiente: se establece la necesidad de crear una escuela para la enseñanza de la enfermería, especialmente en la rama de obstetricia (parteras), sobre todo por la mortalidad infantil.

Para 1898 el funcionamiento de la escuela de parteras era incierto. Se toma la decisión de crear la escuela de Obstetricia en Enero de 1899 en el Hospital San Juan de Dios. El 13 de Febrero del mismo año, el Dr. Daniel Núñez a nombre de la junta caridad, ofrece un local en las instalaciones del San Juan, pero sería la Facultad de medicina la que cubriría los gastos porque la junta no tenía dinero.

Se resuelve el problema económico y en el primer año 1899 ingresa solo una alumna.

Posteriormente, lo que consolida la situación es la fundación de la maternidad en el San Juan de Dios, el 18 de noviembre de 1900, con lo que tomaría cuerpo la enseñanza de la Obstetricia en Costa Rica.

Los profesores eran: Dr. Francisco José Rucabado. Dr. Marcos Zúñiga y el Dr. Elías Rojas.

Luego en esa fecha, 1900, se inscriben 6 alumnas, y en el segundo curso 4. El curso era de Marzo a Noviembre, con una duración de 3 años.

En 1904 se reportan como operaciones: aplicación de fórceps, versiones podálicas, perineorrafias, curetajes intrauterinos, extracciones de placenta por la maniobra de Mad y flebotomías y no se menciona nada sobre cesáreas.

En una revisión inédita del Dr. Carlos Prada, menciona la actuación del Dr. Marcos Zúñiga: Logró ser conocido en su profesión de medicina, obtuvo conocimientos y se especializó en cirugía Obstétrica, formó una policlínica equipada perfectamente, donde logró su merecida fama, dedicándose a tratar enfermedades terminales. (*El libro azul de Costa Rica The Blue Book of Costa Rica*).

Antes de concluir, escribió el siguiente aspecto:

- 1- El diagnóstico pre-operatorio de una afección teratológica de parte del producto de concepción debe tener suficientes motivos para la realización de una cesárea, considerándose esta un proceso mutilatorio.
- 2- La deontología médica protesta sobre la enseñanza de la operación cesárea y que tenga un fin de salvar a los niños cuando exista una desproporción anatómica.

La escuela de parteras se mantuvo bajo la dirección de tres honorables damas:

Sra. Francisca Durán Martínez de Arias, Sra. Elena Echeverría de Revelo, Sra. Julia Orozco Castro de Herrera.

Se graduaron en diciembre de 1902, siendo esta la primera graduación.

Los datos fueron revelados por el Dr. Carlos Prada y menciona que el Dr. Francisco Segreda (conocido como Pancho).

Nació en Heredia el 17 de Noviembre de 1873. Hizo sus estudios primarios en Heredia y la secundaria en el liceo de Costa Rica, Realizó sus estudios de Medicina en la Universidad de Londres, su servicio social en el Guys Hospital de Londres, y ese mismo año el gobierno lo designó Médico del pueblo, en la ciudad de Grecia. Al siguiente año la United Fruit Company lo nombraron superintendente del Hospital de Guápiles permaneciendo ahí por espacio de 8 años, hasta que la enfermedad del banano, acabó con el auge de esa zona.

Regresó a San José y comenzaron a trabajar en la maternidad Carit, llegando a ser un destacado obstetra, lo que le sirvió para ser nombrado director de dicha institución. Al mismo tiempo se especializó en siquiatria y dedicó parte de su tiempo al entonces asilo Chapuy, hoy el Hospital Psiquiátrico, donde permaneció por 25 años. Escribió dos libros, uno que se llamó "Obstetricia" y el otro la "Cartilla Higiénica Escolar". También

fue el fundador de la Escuela de enfermeras obstetras, a la cual siempre se mantuvo ligado, así mismo preparó asistentes sanitarios para el control de la salud en las escuelas. Fue uno de los primeros médicos que practicó a operación cesárea en Costa Rica, Como le llamara la política, llegó a ser por 4 veces diputado y dos veces senador, uno en tiempo de administración de Tinoco, y en la administración de Cleto González Víquez.

## 2.4 Historia de la cesárea

Se creía que el nombre de la cesárea se derivó de Julio Cesar, por haber nacido mediante esta forma, pero se dice que a través de la historia las cesáreas empezaron a resolver los problemas que ocurrían en el parto, en la antigüedad los pueblos ejercían tal práctica, cuando una mujer fallecía y estaba embarazada el niño tenía que ser extraído por una incisión quirúrgica abdominal y esta autorización la dio el emperador Justiniano.

El Ginecólogo alemán relata el suceso en esos tiempos, el nombre de la cesárea se le atribuyó al rey de Roma Numa Pompilio en el siglo séptimo.

Caspar Bauhin, relata que la primera cesárea se da por los años 1500, por el matador de cerdos Jacob Nufer quien le realiza una abertura en el abdomen a su esposa en una mesa, sobrevivió junto a su hijo. En 1540 el italiano Christophoros Bainus, realiza cesárea a una mujer viva.

El creador del nombre de la cesárea fue el médico Francés Francois Rousset en 1581, quien escribió una monografía, bajo el título de nuevo tratado de la histerectomía o parto cesariano, pero nunca realizo ninguna cesárea.

En 1610 se realiza una cesárea en Alemania por el obstetra Francois Mariceau, logro extraer el bebe, pero los 25 días posteriores falleció la madre.

Eduardo Porro ginecólogo de Milán (1876), realizó la extirpación útero-ovario siendo un método efectivo para los demás médicos, se centró en suturar el útero, con

técnica que muchos descuidaban y que no daban importancia. Muchas veces las cesáreas no resultaban por la aparición de hemorragia y peritonitis e infección en el mismo útero.

En 1882, el alemán y ginecólogo Max Sanguer, practicó la primera cesárea suturando el útero con hilos de plata y seda, luego cada vez se fueron perfeccionando las técnicas para el siglo XX, implementando la dirección de la incisión, uso de antibióticos, quimioterápicos, perfeccionamiento de la anestesia, sutura y asepsia.

En una entrevista con el historiador Licdo. González Pacheco (2010), refiere que: *“La primera cesárea se realizó en el Hospital San Juan de Dios en los años 1904, durante el siglo XX, donde nació el Dr. Acosta Guzmán Alfonso. El señor Marcos Zuñiga estuvo por un periodo de 20 años en la jefatura de maternidad”* durante décadas las cesáreas se han seguido llevando a cabo, por ejemplo:

*La distribución de los partos y del porcentaje de partos por cesárea según hospitales de la CCSS de 1997 a 2003, la Región Central Norte sigue destacándose por los altos porcentajes de cesáreas de sus hospitales, todos mayores de 20%; pero desde 2001 la superan los de la Huetar Norte, ya que el primer lugar lo ocupa el Hospital San Carlos con 32% de partos por cesárea y Los Chiles, que no practicaba cesáreas en años anteriores, contribuye con un poco menos del 15%; les siguen el Hospital San Rafael de Alajuela con 29% y sus hospitales periféricos. (Estadísticas generales de los servicios de atención de la salud, CCSS 1980-2003).*

En la actualidad desde al año 2000 se iniciaron la prácticas de cesárea en el CIMA y hasta la fecha es una tarea médica que se lleva día a día. La cesárea apareció como una solución, ahora se vislumbra como un problema.

# CAPÍTULO III

## Marco Teórico

### 3.1 Salud Reproductiva

Para entender el tema de salud reproductiva, hay que partir del término salud que se define según la Organización Mundial de la Salud como: *“estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades”* extraído el 24/3/10 de la página web <http://es.wikipedia.org/wiki/Salud>. Con respecto a este concepto cabe mencionar que el equilibrio en estas áreas juega un papel fundamental para sobrellevar las actividades cotidianas. Es por ello que hay que tener en cuenta que salud reproductiva implica llevar una vida sexual segura para establecer adecuada planificación familiar y que permitan a la mujer embarazada llevar a término su embarazo de forma segura, este concepto es afectado por el nivel de ingreso económico, educación, empleo, relaciones sociales y sexuales.

Es por ello que los progenitores tienen el derecho de recibir educación en cuanto a: educación sexual (prevención y tratamiento ETS, planificación familiar), control prenatal, atención del recién nacido, manejo de violencia sexual, detección temprana del cáncer cérvico uterino, prevención de mortalidad y morbilidad materna entre otros...siendo esto parte de los deberes y derechos de todo ciudadano, y se constata que la educación familiar influye en el comportamiento reproductivo y tamaño familiar.

Respecto a mortalidad materna se entiende que es la defunción materna en el embarazo, de tal manera el Ministerio de Salud refiere que las causas más comunes en la población nacional son: *“Hemorragia, septicemias, Hipertensión arterial, Complicaciones en el puerperio”*. Ministerio de salud, San José, Costa Rica, 2004.

Se estima que las cifras de mortalidad han aumentado por ejemplo en el 2007 fue de 1,91% y para el 2008 fueron 3,33% y 2009 el porcentaje 2,67 (M. Moreira comunicación personal, de estadísticas y censos. Marzo 24, 2010).

### 3.2 Morbi- Mortalidad Materna

Se entiende por morbilidad materna lo siguiente: *“la proporción de personas que enferman en un lugar en un periodo de tiempo determinado en relación con la población total de ese lugar”*. Diccionario de la lengua española 2005.

La Organización Mundial para la Salud se refiere a salud reproductiva

*“al conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a las salud reproductiva y al bienestar previniendo y solucionando problemas de salud reproductiva, también incluye atención sexual cuyo propósito es mejorar la calidad de vida y las relaciones personales y no solo ofrecer consejería relativos a la reproducción y a las enfermedades de Transmisión sexual”* bibliografía (1998).

Otro aspecto importante del concepto es que la prevención de la salud mejora la calidad de vida y los ciudadanos costarricenses tienen el derecho a recibir adecuada educación.

Referente al tema anterior Bensen y Pernol (1994), afirman que las tasas más bajas de morbilidad y mortalidad se producen entre los 20-29 años. P.24, comparando con las tasas de cesáreas la frecuencia más alta se da en las instituciones privadas y refieren que la mortalidad es hasta 12 veces mayor y morbilidad entre 7-20 veces por la estadía prolongada, recuperación más lenta, SIR (síndrome de insuficiencia respiratoria) en el neonato, además los costos son elevados.

Por ejemplo:

*“En el análisis mensual de la infección Hospitalaria, realizado en las sesiones del Servicio de Obstetricia en el periodo de mayo de 1999 a diciembre de 2000, se documentó una estrecha relación entre el nacimiento por operación cesárea y la infección puerperal, de localización*

*en la pared abdominal, clasificadas clínicamente como celulitis de pared o absceso de la herida quirúrgica. Otras condiciones infecciosas se presentan en una frecuencia muy reducida, endometritis postcesárea, endometritis postparto vaginal, infección de la episiotomía”.*

*“En los egresos Hospitalarios, la infección corresponde a 1,6% de los partos en 1999 y 1,0% de los partos en el 2000. Del total de casos de infección, la infección de herida quirúrgica es el 53% en 1999 y el 36% en el 2000. La celulitis y el absceso de pared presentaron una frecuencia de 3,5% de las cesáreas en 1999 y 3,9% de las mismas en el 2000”. (Dr. Carit Eva Adolfo, 2002).*

El riesgo de mortalidad materna se mantiene entre 2 y 4 veces mayor, comparado con el parto vaginal y posible infección, que es causa de mortalidad y morbilidad materna, por ejemplo en el Hospital de la mujer conocido como la Carit se muestra, la diferencia de las que presentaron infección por posparto y postcesárea. En el sistema nacional de mortalidad materna de la CCSS del Ministerio de Salud, refiere que la mayoría de los casos se pueden prevenir y que por sí solo el control prenatal no es suficiente.

*De tal manera: “son problemas que no sólo afectan a la familia en particular, sino que trasciende a la comunidad. Las consecuencias derivadas de una muerte materna son más graves en familias de escasos recursos, con numerosos hijos principalmente cuando la madre es jefa de hogar” Dr. Salazar Portuguez Rafael, Febrero 2004.*

Es por eso que el control prenatal permite valorar la condición materna, y la enfermera tiene el rol de ayudar y a fomentar la planificación familiar. No obstante el papel de la enfermera es brindar cuidados a la madre y atender la necesidad real.

Este es un claro ejemplo de la infección materna en cuanto a parto y cesárea

### **Cuadro#1. Infección postparto, nacimientos 2001-Vía del parto**

Via de nacimiento	Con infección	Sin infección	Total nacidos	%por vía de nacimiento	Infererencia estadística
Operación cesarean	65	1.1108	1.173	5.54	RR 28,56
Nacimiento vaginal	11	5.658	5.669	0.19	RR 0.02 (0.04-0.07)
Total	76	6.766	6.842	1.12	P-0.0000000

**Fuente: de Libro de Partos Maternidad Carit, San José, Costa Rica.**

Los datos del cuadro #1, son datos obtenidos del Libro de Partos de la Maternidad Carit, el cual refleja el porcentaje de las que presentaron infección. Datos de la Comisión de Mortalidad Materna Infantil (COLAMMI) del Hospital CIMA San José, no registraron defunciones maternas.

### **3.3 Mortalidad Neonatal**

Posteriormente un tema relacionado es la Mortalidad Neonatal, se entiende que es el fallecimiento del bebé en un periodo antes de 28 días. La revista Pediatrics (2004) revela que realizaron un estudio en Ginebra, Suiza y que tomaron en cuenta factores como las formas de nacimiento y duración de la gestación, para saber el riesgo que existía y refirieron que un bebé que naciera por cesárea antes de la fecha prevista (antes de la semana 37), tiene el doble riesgo de morir 2,1 que si naciera días cercano a la fecha, la cifra aumenta más si se presenta una situación de emergencia a 5,7 comparándolo con un parto vaginal que por cada mil nacimientos muere un bebé. Por ejemplo en el caso de nacimiento de embarazo gemelar siempre se adelantan las fechas por distintas razones, ya sea por prolapso del cordón umbilical, desprendimiento de placenta entre otros...

Cabe mencionar que la inmadurez pulmonar es otro de los factores que muchos de los bebés nacidos por cesárea presentan. Así mismo otro tipo de complicaciones respiratorias tales como: membrana hialina y síndrome de insuficiencia respiratoria representando un 1,8% más que en partos vaginales, la Dra. María de los Ángeles Yock menciona que esto provoca colapso alveo-pulmonar en los neonatos, por la falta de surfactante.

Como parte del tema anterior los datos de la comisión de mortalidad materna infantil (COLAMMI) del Hospital CIMA San José, no registraron defunciones neonatales.

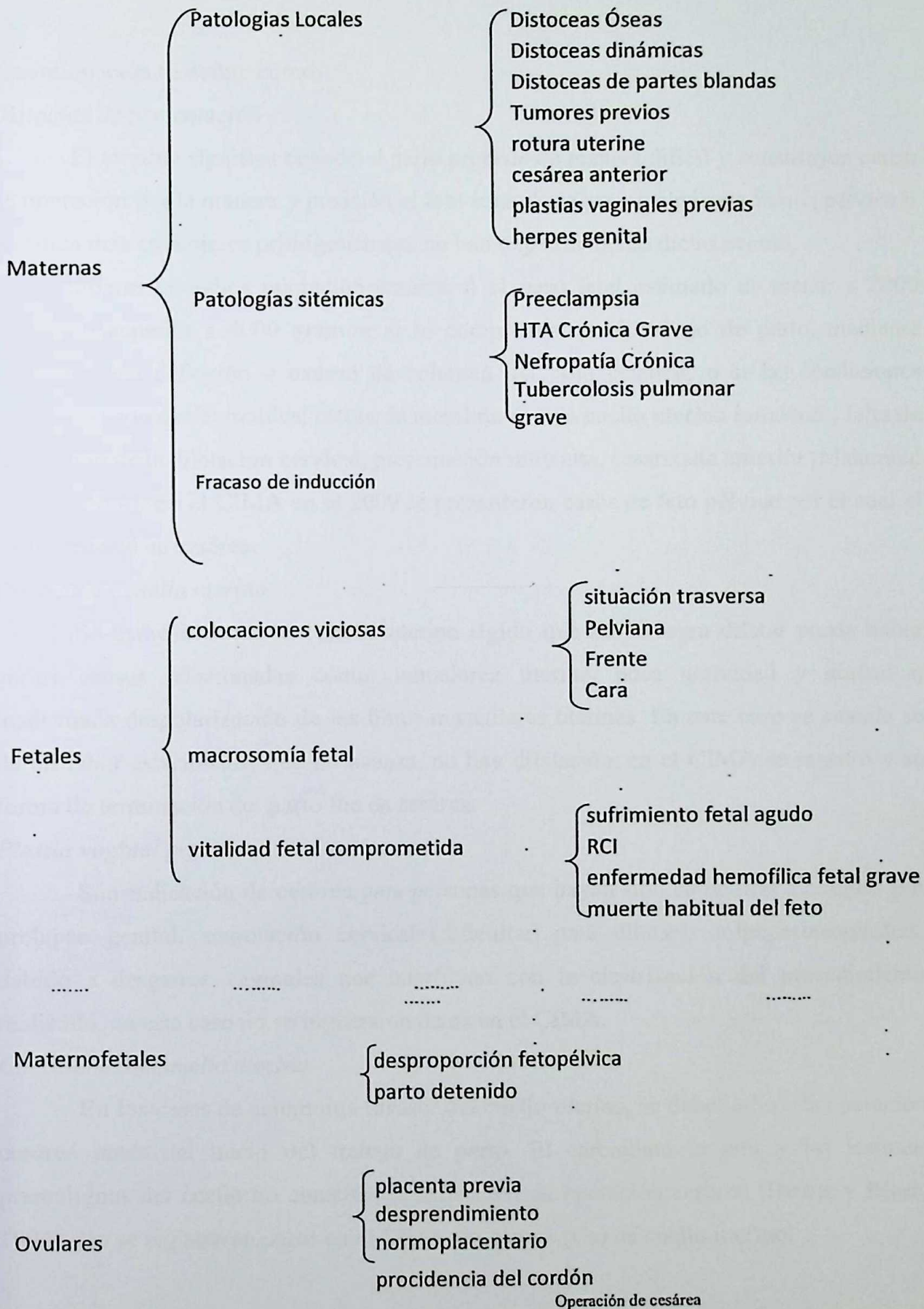
### 3.4. Cesárea

Haciendo énfasis al tema anterior los controles maternos y fetales son los que van a condicionar el parto por cesárea, esta elección en muchas mujeres se da por razones personales para evitar el dolor o que implique algún riesgo para la madre, por mencionar en el caso del Hospital CIMA San José los diagnósticos más frecuentes para indicación de cesárea son: feto pélvico, oligoamnios, cesárea anterior, desproporción feto pélvica o por realización de salpingectomía. Por ello la cesárea se define como:

*“El nacimiento de un feto a través de incisiones en la pared abdominal (laparotomía) y uterina (histerectomía), realizada de forma vertical y transversa. Bajo anestesia general o epidural”.* Cesárea, capítulo 22, página 477, 482.

#### *A partir del término de Cesárea*

Lo fundamental es utilizar la técnica más adecuada para no afectar a la madre y el bebé, la cesárea se considera la abertura del útero a través de la pared abdominal a nivel suprapúbico, se da por indicación absoluta que pueda ser por ruptura uterina, placenta previa o desproporción feto pélvica. A continuación en el esquema que se presenta más adelante especifica las causas más comunes de las cesáreas clasificadas según condición materna, fetales, maternas y ovulares siendo de indicación relativa.



### 3.4.1 Definiciones y causas de Cesárea

A continuación se define como:

#### *Distocias de presentación*

El término significa cuando el parto precede de manera difícil y constituyen causa de operación por la manera y posición el feto estando la presentación de frente, pélvica o podálica más en mujeres primigestas que no han experimentado dicho evento.

En múltiparas se indica operación cesárea si el peso fetal estimado es menor a 2000 gramos o superior a 4000 gramos, si se comprueba en el trabajo de parto, mediante ecografía una deflexión o exceso de volumen del polo cefálico, o si las condiciones obstétricas son desfavorables: rotura de membranas con cuello uterino inmáduro, falta de progresión de la dilatación cervical, presentación muy alta, cesarizada anterior (Mahomed y Cols, 1990). En el CIMA en el 2009 se presentaron casos de feto pélvico por el cual el parto terminó en cesárea.

#### *Distocia de cuello uterino*

Se caracteriza por un cuello uterino rígido que no se logra dilatar puede haber varias causas relacionadas como: inmadurez uterina, poca actividad y dinámica, inadecuada despolarización de las fibras musculares uterinas. En este caso es cuando se da un labor estacionada, que no avanza, no hay dilatación, en el CIMA se registró y su forma de terminación del parto fue en cesárea.

#### *Plastia vaginal previa*

Son indicación de cesárea para personas que hayan sido sometidas a cirugías por prolapso genital, amputación cervical (dificultad para dilatar), colpoperineoplastias, debido a desgarros vaginales que interfieran con la cicatrización del procedimiento realizado, en este caso no se registraron datos en el CIMA.

#### *Carcinoma del cuello uterino*

En los casos de carcinoma invasor del cuello uterino, se debe indicar la operación cesárea antes del inicio del trabajo de parto. El carcinoma in situ y las lesiones premalignas del cuello no constituyen indicación de operación cesárea (Duarte y Pérez, 1994). No se registraron datos en el CIMA de cáncer (Ca) de cuello uterino.

### *Tumor previo*

Cualquier obstrucción que se presente entre presentación fetal y el canal de parto, como los tumores y quistes ováricos son indicación de cesárea. Ya que este puede cerrar el parto del canal vaginal, quedando el bebé mal posicionado.

### *Cicatrices uterinas*

Puede ser determinada por miomectomía, plastía uterina, cesárea corporal, sutura de rotura uterina. Estas cicatrices determinan que el próximo parto debe realizarse por cesárea electiva, con anterioridad al inicio de las contracciones uterinas (38-39 semanas gestación). Una cicatriz de cesárea segmentaria se lleva a efecto por vía vaginal (Robert y Cols 1984 y Niswander 1987). En este caso la opción es la cesárea para evitar que el útero sufra nuevamente una ruptura por las contracciones.

La brusca aceleración o detención de la dinámica uterina, la aparición de dolor localizado en la zona de la cicatriz uterina, o la presencia de sangre en la vagina, son indicadores de una posible dehiscencia de la cicatriz de la cesárea anterior. La posibilidad de este riesgo obliga a una estricta vigilancia de todo parto vaginal postcesárea. El antecedente de endometritis puerperal, aunque no contraindica el parto vaginal, se asocia a segmentos de mala calidad (Lonñberg y Cols 1962 y Robert y Cols 1984).

### *Desproporción céfalo-pélvica*

Puede presentarse dificultad con el tamaño del bebé y la pelvis de la madre, pero la madre debe hacer la prueba del trabajo de parto para saber a qué se enfrenta, si el bebé es de tamaño macrosómico o queda encajado, puede haber dificultad. Y por eso se debe realizar la cesárea ya que habrá dificultad en la salida del bebé, este es uno de los mayores diagnósticos del área de maternidad del CIMA.

### *Placenta previa*

Se caracteriza por una inserción en la parte baja del útero causando obstrucción y el paso normal, generalmente ocurre por hemorragias de variable intensidad y de manera

parcial u oclusiva total y generalmente se acude a la cesárea. No se registraron datos en el año 2009.

#### *Desprendimiento de placenta*

Automáticamente se debe pensar en preeclampsia que es asociado a este incidente, y los traumatismo externos ocurriendo de forma parcial o total, se presenta hemorragia dentro del útero las características de la sangre es oscura y con coágulos. Generalmente se acude a cesárea de emergencia, no se registraron al año anterior en el CIMA.

#### *Prolapso del cordón umbilical*

Se da cuando hay ruptura de membranas y el cordón umbilical sobresale del cuello uterino por la vagina precediendo la cabeza, esto se considera cesárea de emergencia, lo que provoca disminución de sangre y de oxígeno al feto, en las intervenciones principales tratar de disminuir la presión que ejerce el cordón colocando a la madre en posición trendelenburg y colocar los dedos en la vagina y tratar de hacer la cabeza hacia arriba sin tocar el cordón umbilical. No se registra datos en el 2009.

#### *Preeclampsia/eclampsia*

Se da aumento de la presión sanguínea, y del peso, edema en manos y tobillos. Proteinuria, a diferencia de la eclampsia se añade también la presión elevada y convulsiones. Parte de las encuestas registra datos de varias embarazadas con presión alta y por eso fue el motivo de cesárea.

#### *Cardiopatías*

Deben recibir control prenatal constante complementado con la asistencia de especialista cardiovascular, para conocer el tipo de lesión y conocer la gravedad, ya que podría existir sobrecargo funcional al corazón en una mujer grávida, la dieta debe ser normocalórica e hiposódica, también controlar la presión arterial y electrocardiograma continuo es de gran ayuda para saber la condición materna. En este caso la madre debe

ser valorada y cumplir con los controles prenatales para no arriesgar ni comprometer la salud de ella y del bebé. No se registra datos en las encuestas del Hospital CIMA.

#### *Herpes simple (genital)*

Considerado como enfermedad de transmisión sexual, y las lesiones ocurren en mucosas y piel siendo indicación absoluta de cesárea podría ocurrir lesiones trasplacentaria, como microcefalias, restricción del crecimiento intrauterino (RCI), ictericia, hemorragias, septicemia y al presentarse por contacto directo existe del 50 al 70% la mortalidad neonatal. Entonces en esta condición se ocurre a la cesárea para no comprometer al bebé, no se registra datos en el CIMA en el 2009.

#### *Retarde del crecimiento intrauterino*

Se estima valorando el peso del bebé según la edad gestacional, correspondiente al percentilo 10, y algunos de los factores podrían ser, bajo nivel socioeconómico, edades extremas, hipertensión arterial, infecciones, malformaciones congénitas, fumar y tomar durante el embarazo, estrés; inadecuado control prenatal entre otras. La mala alimentación también podría influir en las condiciones fetales para que ocurra retardo del crecimiento, se registra varios casos en el CIMA por el que se realizó la cesárea.

### **3.4.2 Tipos de cesárea**

Dependiendo de la indicación de cesárea así será para escoger el tipo usando la más adecuada, generalmente la técnica más usada es la segmentaria o trasversa esta también es utilizada en el Hospital CIMA por la mayoría de los ginecólogos. Se clasifican en:

#### *Segmentaria baja*

Suele realizarse en la parte inferior del útero y de manera trasversa por el peritoneo, por ser delgada y cicatrizar de manera más rápida, conlleva a una cifra más baja de infección.

### *Clásica*

Se realiza de manera vertical sobre la pared del útero, en donde se extrae a bebe y placenta, cerrada con hilos absorbibles, y este tipo de cesárea se recomienda cuando hay adherencias por cesárea anterior, placenta previa, o el bebé este en posición trasversa.

### *Extraperitoneal*

Es poco utilizada esta técnica, realizado fuera de la cavidad peritoneal, en el segmento inferior del útero.

### *Histerectomía*

Conocida como Porro donde se extrae el útero, en donde se localiza fibromas o desprendimiento prematuro de placenta.

Para la cesárea se prepara a la paciente y se da instrucción durante su estadía Hospitalaria, también se le enseña los cuidados que debe tener en el proceso del inicio hasta el final.

#### **3.4.3 Preparación preoperatoria**

- Realizar pruebas de (laboratorios, radiografía (Rx), electrocardiograma (Ecg), hemograma, grupo sanguíneo).
- Orientación al servicio de maternidad sobre deberes y derecho, código rosa.
- Toma de signos vitales al ingreso al área de maternidad.
- Anestésista se encarga de explicar el tipo de analgesia que requerirá la paciente.
- Rasurado del área suprapúbica.
- Colocación de ropa verde.
- Monitorización y FCF.
- Canalización de vía periférica, con solución salina a chorro.
- Paciente requiere estar en ayuno por lo menos 8 horas antes del procedimiento.
- Uñas deben estar sin esmalte.
- El cabello debe estar recogido.
- Retiro prótesis (superiores, inferiores, otro).

- Micción previa al traslado.
- Procedimiento de enfermería (sonda vesical, sonda nasogástrica, enema, otro).
- Colocación de pulsera de identificación (nombre y fecha de nacimiento).
- Retiro de joyería.
- Otros datos de importancia.

Parte de la entrevista también incluye preguntar si la paciente ha presentado alergias (látex, medicamento, aerosol). Antecedentes patológicos o quirúrgicos. Datos de obstetricia, medicamentos o tratamientos administrados. Otro aspecto a valorar es realizar el time out a traslado a anestesia, esto incluye que sea el paciente con la fecha de nacimiento, procedimiento y documentos correctos.

#### ***3.4.3.1 Preparación trasoperatoria***

- Limpieza corporal con yodo.
- Colocación de sonda vesical.
- Colocación de ropa quirúrgica.
- Asistencia al pediatra con el neonato.
- Después del nacimiento el bebé es entregado a la madre para fomentar el apego.

#### ***3.4.3.2 Postoperatorio***

La madre es llevada a la habitación y es acomodada en la cama, se toma signos vitales, valoración de la involución uterina, sangrado, apósito suprapúbico, herida quirúrgica. Luego se fomenta el apego y lactancia materna, el bebé permanece en alojamiento conjunto con padres, después de las 8 horas se retira sonda vesical, y la paciente es sentada en silla, y luego se fomenta la deambulacion y micción espontánea, la dieta será líquida y si tolera blanda sin lácteos. En la higiene de la paciente se le brinda educación del lavado de la herida con agua y jabón, signos de infección, y secado de la misma. El dolor es parte de la valoración en el momento de la cesárea por presentar una herida quirúrgica y Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*Roche,*

2002) es la: "*Experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con daño a los tejidos, real o potencial, o descrita por el paciente como relacionada con dicho daño*"...

En donde el dolor puede ser agudo o crónico y presentar distintas características debido a una cirugía reciente como lo es la cesárea desde que aparece, donde se localiza, de que intensidad, si se irradia o no, si aumenta o disminuye y con qué frecuencia, para la valoración del dolor se presenta el siguiente acrónimo y su significado.

A- APARICIÓN.

L- LOCALIZACIÓN.

I- INTENSIDAD.

C- CARACTERÍSTICAS.

I- IRRADIACIÓN.

A-AUMENTA.

D-DISMINUCIÓN.

F- FRECUENCIA.

Nota: los procesos de enfermería, son seguidos por manuales y protocolos de enfermería

### **3.5 Recomendaciones nutricionales- dieta banda post cesárea**

- Evite estimulantes químicos de la mucosa del tubo digestivo como: café, té con cafeína bebidas alcohólicas, bebidas gaseosas, chocolate, menta, chile y alimentos con exceso de condimentos.
- Prefiera condimentos naturales, tales como: chile, cebolla, ajo, perejil y apio para sazonar.
- Evite el consumo de lácteos las primeras semanas post cesárea.
- Prefiera consumir carnes blancas, como pollo sin piel, pavo y pescado.
- Prepare los alimentos asados, hervidos, a la plancha, al vapor, horneados o guisados con la mínima cantidad de aceite vegetal.

- Evite el consumo de grasas como mantequilla, margarina, natilla, mantequilla de maní queso crema, mayonesa y frituras en general.
- Consuma frutas diariamente. Evite las frutas que produzcan gas tales como melón, sandía en los primeros días post cesárea. Posteriormente, los puede consumir de acuerdo a tolerancia.
- Evite el consumo de leguminosas durante los primeros días post cesárea, luego consúmalas posteriormente a tolerancia.
- Consuma vegetales diariamente evitando aquellos que produzcan gases tales como: repollo, pepino, brócoli, coliflor, coles de brusela.
- Se recomienda consumir cereales de harina refinada (pan de bollito, pan baguette, pan cuadrado blanco, galleta soda). Evite los panes.
- Aumente la ingesta de líquidos en forma de jugos naturales o agua, de manera que se promueva una lactancia materna exitosa.

Nota: esta información es brindada por el departamento de nutrición del HCSJ.

### 3.6 El parto

El parto es un proceso natural que se remonta desde inicios de este mundo es una tarea de la mujer que Dios da el mandato de cumplir para la procreación humana. El parto se define como:

*“la...expulsión del feto con un peso mayor de 500 gramos (20 semanas, aproximadamente)”. (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y Organización Mundial de la Salud pág.: 368). Se clasifican en parto a término entre las 37 y 41 semanas, postérmino entre la semana 42, y pretérmino antes de 37 semanas de gestación.*

Después de las 37 semanas el bebé está preparado y formado para salir a la vida extrauterina y desarrollarse poco a poco con los cuidados de sus padres. Recibir el amor, alimentación, vestimenta y educación para su adecuado crecimiento y es un deber de los

padres dar además protección. Cada mes del embarazo el bebé crece hasta llegar a su plenitud y estar listo para estar bajo la tutela de los padres.

Para entender el embarazo el comité de aspectos éticos de la reproducción humana y la salud de las mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia definieron el embarazo, (2007). *“como parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus de la mujer y que termina con el parto”*. La implantación del óvulo ocurre en el útero y la mujer gestante comienza a experimentar cambios físicos, metabólicos y psicológicos. *“la maternidad como experiencia individual es la expresión no solo de un proceso biológico, sino también una unidad Psicológica y resume numerosas experiencias individuales, recuerdos, deseos, temores que han precedido durante largo tiempo a la experiencia real del embarazo”* (Op. cit, Pág. 131).

Dios proveyó a la mujer la tarea de ser madre y experimentar la maternidad y tener la capacidad de cambios en su cuerpo para concebir un nuevo ser que se formará en las entrañas de su vientre, para luego brindar cuidados al nuevo integrante de la familia que brindará felicidad.

La sola presencia del embarazo hace pensar que las mujeres están sometidas a una serie de temores por creencias y valores que pueden influir de forma negativa o positiva a la culminación del embarazo. Por lo tanto el conocimiento científico y técnico de la enfermera (o) propicia en la familia gestante un escenario de mayor tranquilidad donde la calidad y calidez son fundamentales.

### **3.7 Enfermería y su importancia durante el proceso**

La atención de enfermería durante el proceso ayudará a la madre a tener confianza en sí misma, porque la educación continua permitirá a la madre desarrollarse poco a poco en las habilidades maternas. *“La mayoría de las mujeres gestantes muestran necesidades de dependencias y seguridad necesitan confiar en la capacidad técnica profesional y sentir su interés por ella como persona y por el feto, es decir requieren atención especializada”* (Ibíd. Pág. 92).

Definición de enfermería:

*“Ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual”.* Facultad de Enfermería de la Universidad de Moscú, Rusia, 2010.

Es una profesión en el cual se vela por el bienestar del paciente, en donde se promueve la salud y se previene la enfermedad en lo posible, se brinda cuidados y atenciones para su adecuada evolución, se fomenta la atención integral en este caso madre, hijo y familia.

La enfermera es la que está al lado y vela por el cumplimiento del plan de atención, demuestra con las acciones el trabajo como una tarea cotidiana en la que es capaz de crear un vínculo de seguridad al paciente. Su rol es amplio y abarca diferentes áreas, se especializa en la atención de cada problema y muestra aptitudes de ayudar siempre al necesitado.

### ***3.7.1 Especialidades de enfermería***

La actividad de enfermería se desarrolla en varias áreas cumpliendo el ejercicio profesional

- Neonatos: La enfermera y el personal de neonatos, atiende las necesidades del bebé sano, de cuidados intermedios e intensivos, prematuros, brinda cuidados posteriores relacionados con lactancia materna, y educación acerca del baño, ictericia, tamizaje, profilaxis umbilical, aplicación de vacunas.
- Maternidad: La enfermera obstetra, fomenta los cuidados prenatales controlando la salud de madre e hijo, interviene en el parto, cesárea, educa acerca de la alimentación de la embarazada, lactancia materna, cuidados posteriores a cirugía de cesárea, valoran sangrado, frecuencia cardíaca fetal entre otras funciones...
- Quirúrgica y Medicinas: Manejo en el tratamiento, intervenciones en el dolor y complicaciones.

- Emergencias: Manejo de salas de observación y shock a pacientes médicos, quirúrgicos e incluyendo emergencias ginecoobstetricas, consultorios médicos, sala para pacientes asmáticos.
- Cuidados intensivos: Las Unidades de Cuidados Intensivos, (UCI) proporcionan cuidado de alto nivel técnico y profesional a pacientes con enfermedades médicas quirúrgicas graves.
- Salud mental: La atención de la enfermera y del enfermero incluye:
  - 1- Selección de urgencias (Triage).
  - 2- Valoración correcta (diferenciación entre problema funcional o psicológico, orgánico o médico, abuso de sustancias).
  - 3- Evaluar el potencial de violencia: Procedimientos específicos y áreas específicas, evaluar la intervención apropiada, indagar en busca de problemas de abuso, suicidio, violencia y tomar las medidas necesarias, proteger al enfermo, a la víctima potencial, y al personal.
- Cuidados paliativos: Brinda confort y mejora la calidad de vida de los pacientes con enfermedades avanzadas, que generan síntomas que empeoran el cuadro clínico manifestado, por ejemplo control del dolor en pacientes con enfermedades oncológicas.
- Instrumentista y circulante: Encargadas en asistir en las cirugías, de mantener el equipo completo y adecuado y de ayudar en la recuperación del paciente.

### 3.7.2 Rol de la enfermera obstetra

Durante el parto la Intervención de Enfermería debe evaluar a tanto a la madre y al feto.

#### 3.7.2.1 Controles maternos

- Hidratación, líquido vía oral preferiblemente con azúcar si la paciente así lo desea.
- Pulso radial, puede haber variaciones por las contracciones uterinas, se mide entre dos contracciones preferiblemente decúbito lateral izquierdo sentada por un minuto.
- P/A, puede haber un leve incremento transitorio por el aumento de la Resistencia periférica la exclusión del útero por cierre de los vasos miométriales debido a las contracciones, puede ocurrir la hipotensión sistémica por permanecer en decúbito dorsal, lo que disminuye el retorno venoso al corazón derecho por la compresión del útero sobre la vena cava inferior, se mide fuera de las contracciones de manera decúbito lateral izquierda o sentada también.
- Se permitirá deambular si la bolsa está íntegra.
- Observar:
  - Contractibilidad: durante lapsos de 10 minutos cada 30 minutos.
  - Frecuencia: en 10 minutos (2-5 contracciones), alerta si son de 6-7 contracciones.
  - Duración: endurecimiento y relajación, lo normal es entre 20 a 50 segundos.
  - Intensidad: baja el útero se deprime en el acmé de la contracción y alta, cuando ..... no se puede deprimir toda la contracción.

## Cuadro# 2: Parámetros de la contractibilidad uterina.

Tono		Frecuencia-contrac en 10 min	Duración- segundos	Intensidad	
Presión	Normal	8-12 mmHg	2-5 /alerta entre 6 y 7	30-60	30-70 mmHg
Intrauterina	Anormal	>12mmHg	<2 y >7	<30 y >60	>70 mmHg (hipersistolia)
Clínico	Normal	Se palpan partes fetales. Se deprime útero entre contracciones	(2 a 5) alerta de 6 y 7	20-50	el útero no se deprime en el acmé de la contracción
	Anormal	Hipertonía. Imposible palpar partes fetales.  Dolor	>7 taquisistolia	>50	Hipersistolia. Útero no se deprime en ningún momento de la contracción

Fuente: Schwarcz Ricardo, Atención al parto: (2004)

### 3.7.2.2 Monitorización fetal

Con esto se puede obtener la frecuencia cardiaca fetal ya sea durante el período de relajación o en el acmé cada 30 minutos.

Dip I o temprano: ocurre desaceleraciones precoces lo cual coincide con el acmé de la contracción.

Dip II o tardío: periodo de relajación.

Dip III funiculares o variables: generalmente se da por compresión del cordón umbilical.

Se puede mencionar como ocurre el proceso de las contracciones y cuál es la forma de registro. Las contracciones producen:

1. Borramiento y dilatación del cuello uterino.
2. Expulsión del feto.
3. Salida o nacimiento de la placenta y anexos fetales.

Fenómenos activos: caracterizado por contracciones uterinas y pujos.

Fenómenos pasivos: que se refieren al canal de parto y al feto.

### 3.7.2.3 Métodos de registro para las contracciones

Se puede realizar por medio de palpación abdominal o:

1. Registro de presión intrauterina, que mide intensidad, tono y amplitud del pujo.
  - a) Presión amniótica: amniocentesis abdominal, punción con catéter en cavidad amniótica.
  - b) Vía cervical, cuando las membranas están íntegras se realiza rotura artificial para valorar el líquido amniótico.
  - c) Presión intrauterina extraamniótica, membranas en estado íntegra donde separan las membranas y el miometrio.
2. Tocografía externa, se coloca en el fondo uterino el cual mide contracciones uterinas, frecuencia cardíaca y movimientos fetales, no es invasiva, pero no mide tono, intensidad ni amplitud.

### 3.7.2.4. Características de las contracciones

Tono: presión más baja registrada entre las contracciones.

Intensidad o amplitud: aumento de la presión intrauterina causado por las contracciones.

Frecuencia: número de contracciones producidas en 10 minutos.

Intervalo: tiempo entre el vértice de 2 contracciones consecutivas.

*Se realizará*

#### 1. Interrogatorio:

-Momento de inicio de las contracciones.

-Características.

..... -Momento de ruptura de membranas ovulares.

-Si presenta o presentó hemorragias en algún trimestre del embarazo.

#### 2. Palpación:

-Altura de la presentación:

-Tomo uterino.

-Frecuencia y duración entre contracciones.

#### 3. Doppler: -Latidos fetales y frecuencia.

4. Tacto vaginal (Previo lavado de manos, guantes y lubricante).

Amplitud y elasticidad del periné, vulva y vagina, reblandecimiento, borramiento y dilatación del cuello uterino, Si hay presencia de bolsa o si esta íntegra y sus características, características de la presentación: actitud, posición, variedad y altura (planos de Hodge), procidencias, características de la pelvis, signos de proporción y desproporción pélvico fetal, presencia de meconio o sangre.

Luego de los controles maternos, monitorización fetal la atención final del parto hay que realizar lavado de genitales y observar desgarros en la zona del periné y episiotomía, vigilar el pulso, presión arterial, pérdida sanguínea, involución uterina (globo de Pinard) y si el útero se encuentra muy relajado se administra oxitocina. Se deja la madre cómoda en la habitación, y fomentando la lactancia materna.

### 3.8 Control prenatal

El objetivo es vigilar la evolución del embarazo, la condición intrauterina del bebé, obtener adecuada preparación para el parto, y tratar en casos que se requieran enfermedades maternas, mediante un adecuado control el cual debe ser:

- Precoz o temprano: durante el primer trimestre del embarazo.
- Periódico o continuo: se refiere a un mínimo de cinco consultas durante el periodo de gestación.
- Completo o integral: en donde se fomenta la protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- Extenso o de amplia cobertura: que abarque a todas las embarazadas para disminuir las tasas de mortalidad materna y perinatal. Fomentando lactancia materna y esquema de vacunación.

«El control prenatal consiste en un conjunto de actividades que se ejercen sobre la embarazada, con la finalidad de obtener el mejor grado de salud de ella y de su hijo (a)» (Ministerio de Salud, 1994. P. 11).

Y todo esto es importante ya que según la condición materna se podrá valorar si es un embarazo de bajo o alto riesgo. Esto es parte de la atención que recibe la mujer embarazada por parte del profesional de enfermería en donde se garantiza el apoyo y seguimiento de la salud de madre e hijo.

El siguiente esquema incluye los pasos a seguir en el transcurso del embarazo, el cual la mujer gestante debe realizar por el bien de ella y su bebé.

**Cuadro#3. Esquema de contenidos de los controles prenatales.**

Contenido	Primer Control	Controles Uterinos
Entrevista	Antecedentes familiares, personales, obstétricos	Evolución del embarazo
Examen clínico	General, odontológico, presión arterial	Ante la duda de la presión arterial elevada
Antropometría	Talla y peso	Peso
Examen ginecológico	Cuello uterino, Papanicolaou, mamario	Mamario
Examen obstétrico	Medición altura uterina y crecimiento del desarrollo fetal	Frecuencia Cardíaca Fetal (semana 20), situación y presentación fetal (semana 30)
Exámenes complementarios	Análisis de orina, grupo sanguíneo y Rh, glicemia, hemograma, serología para sífilis, toxoplasmosis y Chagas	Análisis de orina
Inmunizaciones	Vacunación antitetánica (22 semanas)	Vacunación antitetánica (32 semanas)
Educación	Preparación para la maternidad	Preparación para la maternidad

Fuente: Schwarcz. Ricardo, Obstetricia (2002)



P378.242 A539 U3 B13 205

Durante el embarazo es fundamental llevar el control prenatal con especialistas en el área ya sea un ginecólogo o enfermeros obstetras que evalúen la condición materna recibiendo atención en el EBAIS, Hospitales de la CCSS, o consulta privada, en el cual la mujer pasa a un plano de prioridad integral en su atención, se entrevista para conocer datos de importancia a cerca de antecedentes personales, familiares, ginecológicos y patológicos, para saber con certeza los resultados esperados, otro punto será las mediciones antropométricas como el peso y talla estimando así el peso ponderal del embarazo y poder brindar a la madre información acerca del peso adecuado, sobrepeso y bajo peso. Conociendo estos datos podemos ver si el parto será de manera natural, o que implique cesárea, en el cual se menciona posteriormente. También la madre deberá mantener la higiene durante la gestación y tener ciertos cuidados de aseo.

### **3.9 Higiene durante el embarazo**

Se menciona la higiene física y mental en el cual la madre debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

#### **3.9.1 Higiene física**

Las mujeres en el período de la gestación aumentan la sudoración y flujo vaginal, por eso se recomienda mantener adecuada higiene física y realizar una o varias duchas diarias, así mismo para estimular la circulación sanguínea, lavando en el área vaginal, perineal y alrededores con agua y jabón buscando una temperatura adecuada y evitar los chorros bruscos, la limpieza constante de la piel y pezones y la hidratación de los mismo es parte de los cuidados de la embaraza.

Evitar tintes y utilizar champús suaves por las soluciones de los químicos durante el primer trimestre, aconsejable mantener higiene bucal después de cada comida, por las hemorragias que se presentan en las encías y caries debido a la absorción que realiza el bebé para la formación de los huesos.

### 3.9.2 Higiene mental

Es el equilibrio de una persona con el medio sociocultural, en el caso de la madre la preparación psicológica para aceptar el embarazo y el comportamiento ante el estrés, el ánimo, situaciones conflictivas, ansiedad que se deben evitar durante el embarazo, el esposo puede ser útil en animar y ayudar a la madre en el desempeño de tareas cotidianas y de comprender los estados anímicos de la esposa.

### 3.10 Ganancia del peso materno y nutrición de la embarazada

Esta es una de las rutinas del control prenatal, al conocer el peso pregravídico se calcula la ganancia ponderal materna, con esto se podría valorar el estado nutricional de la madre y el bebé. Se calculará la mediana con el percentilo 50 que al término del embarazo es de 11 kg, el percentilo 25 es de 8 kg, percentilo 10 es 6 kg y el percentilo 90 de 16 kg siendo el percentilo 10 bajo peso y podría presentarse retardo del crecimiento intrauterino y el 90 peso excesivo.

#### Cuadro #4. Requerimientos nutricionales durante el embarazo

Requerimientos para el embarazo	Cantidad
Calorías	80. 000 kcal en el total del embarazo 286 Kcal por día I:150 kcal II y III trimestre 350 kcal
Proteínas	925 g y 11 g diarios
Vitaminas y minerales	Cantidad
Hierro	I: 0,8 mg II: 4,4 mg/d y III trimestre: 8,4 mg/d
Folatos	100 mcg diarios
Calcio	1200 mg/dia

Fuente: Schwarcz. Ricardo, Obstetricia (2002)

Para que haya una adecuada nutrición en la embarazada es necesario requerimientos como vitaminas y minerales que se complemente con los alimentos, para proporcionar bienestar, salud a la madre y el feto. Esto se puede valorar dependiendo el peso por ejemplo: En la primera semana hay un incremento mínimo, luego hay un aumento de 300 a 400 gramos por semana. Cuando algunas mujeres se encuentran con un peso menor, podría presentarse riesgos tales como: Toxemia, hemorragia anteparto,

e hijos de bajo peso al nacer. Y en el caso contrario en la obesidad se podría presentar: toxemia, hemorragia postparto, tromboembolismo. En casos de las adolescentes no se debe restringir ni privar de requerimientos calóricos. Algunos componentes esenciales son:

- **Proteínas:** Es fundamental en los primeros meses para el desarrollo fetal, 925 gramos adicional durante los últimos seis meses. En la lactancia materna las necesidades son mayores, se considera que se debe consumir el doble.
- **Calcio:** Aumentar los requerimientos del calcio de manera diaria cubre las necesidades, (1200mg diarios), se puede obtener de los productos lácteos. Este es un componente esencial para la producción de leche.
- **Hierro:** Importante durante el embarazo y la lactancia para evitar anemia ferropénica de 30 a 60 mg como complemento diario y más ingerirlo en el 2 y 3er trimestre, más si es una gestación múltiple. Continuar luego de 2 a 3 meses del puerperio.
- **Acido fólico:** Ayuda a evitar la anemia megaloblástica diaria consumir de 200 a 400 mg, la carencia de éste, predispone al aborto, toxemia, desprendimiento de placenta y anomalías fetales.
- **Vitaminas:** Se complementa dependiendo la ingesta de la alimentación.
- **Sodio:** Se restringe en caso de sospecha de retención de hidrosalina.

Algunas personas mantiene cierto tipo de alimentación en sus hogares también esto varía según creencia, ética y costumbres, se muestra en el cuadro anterior a cerca de los requerimientos para las embarazadas e ingesta durante la lactancia materna, otro tipo de alimentación es el vegetarianismo que excluye en su dieta el consumo de carne.

Lactoovo.-vegetariano: es el que consume productos lácteos, huevos y pescado

ocasionalmente, Lacto-vegetariano: ingiere productos lácteos y están las personas que son vegetarianos puros que deben obtener proteínas de otras fuentes.

Otro problema que ocurre en la alimentación son las personas que presentan intolerancia con algunos alimentos o productos lácteos, donde se presente una difícil digestión, presentan náusea, vómitos, dolor, inflamación, cólico, diarrea, esto ocurre debido a la enzima lactasa que se desdobra en lactosa, el azúcar de la leche en sustancias digeribles más pequeñas.

### **3.10.1 Recomendaciones nutricionales- dieta saludable postparto**

- Es importante que usted realice de 5 a 6 tiempos de comida (desayuno, almuerzo, cena y 2-3 meriendas). De esta forma, podrá aumentar su metabolismo, controlará el apetito y le será, más fácil mantenerse en un peso saludable.
- No saltarse ningún tiempo de comida, y evitar picar entre horas ya que esto hace que se alimente inadecuadamente y en exceso.
- El consumo regular de fibra es aconsejable para mantener un peso saludable, mantiene estables los niveles de azúcar en sangre. Además resulta útil a la hora de evitar el estreñimiento y reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular. Asegúrese de incluir al menos un alimento fuente de fibra en cada comida, tal como frutas, vegetales o cereales integrales.
- Los lácteos deben consumirse siempre desnatados, para deducir la ingesta de grasas, asegurando el aporte adecuado de calcio a través del yogurt, leche y quesos.
- Evite el exceso de bebidas con cafeína, tales como gaseosas, té y café regular, ya que estos pueden irritar su tracto digestivo y perjudicar su salud ósea.
- Prefiera las carnes blancas, tales como pechuga de pollo o pavo sin piel y filete de pescado. La incorporación de carne roja es importante por su aporte en hierro, pero siempre deben alejarse los cortes magros, se recomienda consumir 2 a 3 veces semanales como máximo.

- Consuma con moderación, alimentos de alto contenido graso. Tales como mantequilla, margarina, aderezos, mantequilla de maní, productos elaborados a base de leche entera, mayonesa, nueces y semillas, embutidos y carne de cerdo. Aderece las ensaladas con vinagre, aceite de oliva o limón.
- Limite el consumo de dulces y productos de repostería. En su lugar, consuma una porción de fruta con cada comida o durante las meriendas. Procure consumir al menos 3 porciones de fruta diarias.
- Prepare los alimentos con poca grasa, usando grasas de tipo insaturado, tales como aceite de girasol, canola o maíz.
- Evite el consumo de comidas rápidas ya que contiene muchas calorías y son altas en grasa saturada.

*Nota: esta información es brindada por el departamento de nutrición del HCSJ.*

### **3.11 Transculturación**

Para entender el concepto: *“La transculturación es la adaptación de rasgos de otra cultura como propios, es un proceso transitivo en diferentes fases durante el cual se pierden elementos de la cultura original”*. (Navarro, consuelo, 2003). Cada persona es una historia con valores, motivaciones diferentes, donde conoce diferentes personalidades y cultura y se adapta a ellas, aprende a formarse dentro de otras tradiciones teniendo y asumiendo otro comportamiento social. En el CIMA hay diversidad de culturas, el turismo médico aumentó, desde su creación, hace nueve años, el CIMA ofrece una amplia gama de procedimientos que tienen gran demanda entre los extranjeros, cuyas visitas anuales asciende a 5 000 pacientes. *“Más allá de la cirugía plástica, que efectivamente es muy solicitada, nuestra principal fortaleza reside en la capacidad de realizar cirugías complejas y procedimientos mínimamente invasivos, en especialidades como ortopedia, cardiología, neurología y urología, ginecología, entre otras”*, nos dice el Director General de este Hospital Arden Bennett.

El Hospital brinda los servicios de Seguro Internacional donde el paciente puede hacer efectiva su póliza, dicho departamento labora con más de 40 aseguradoras a nivel mundial. Ya que la población del CIMA hay mucha demanda de pacientes extranjeros cuenta con los servicio de coordinación de citas médicas, realización de exámenes, y detalle de presupuesto.

### 3.12 Lactancia materna

Se entiende que es la leche que provee la madre a su bebé. Esta acción que ejerce la madre es un vínculo afectivo donde hay más interacción y apego materno. La lactancia materna es un beneficio para la mujer siendo de ayuda para su imagen corporal.

La Organización mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2009. Señalan asimismo que *"es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños"*.

Si tuvo problemas o el apego fue de manera sencilla, parte de este tema es la preparación de los pezones no debe ser antes de tiempo ya que se puede dar contracciones uterinas que fomenten al trabajo de parto prematuro. Después del nacimiento el amamantamiento debe ser inmediato y en ese caso se debe mantener la higiene de los pezones antes de cada toma del bebé para evitar infecciones con candidas.

Cuando la madre es primigesta la participación de la enfermera es brindar y capacitar a la madre para que alimente y nutra al bebé, mostrando este el reflejo de succión y habilidad para buscar, prenderse y succionar. La madre debe adoptar una posición cómoda para la lactancia y que abarque lo más posible la aureola, para evitar que el niño se pegue solo del pezón, ya que causaría dolor y molestia a la madre ofreciendo un pecho y en la siguiente toma el otro, hasta que el bebé puede notarse que esté satisfecho y se duerma.

Esta labor es más fácil cuando la madre tiene su parto de manera natural el apego es más rápido, esto varía cuando es una cesárea lo que puede retrasar la lactancia materna por diferentes razones como: anestesia, el tiempo que la madre pase en recuperación, y provoque que el bebé tienda a dormirse y a cansarse, lo que dificulta más el proceso y se brinda de manera innecesaria leche en fórmula, y para cumplir esta indicación son casos

específicos como los niños prematuros, que presenten hipoglicemias, madres que padezcan alguna enfermedad o reciban cierto tratamiento que impida brindar lactancia materna, o en algunos casos que el mismo bebé rehúse el pecho materno debido a traumatismos al nacer, posición incómoda al brindar lactancia materna, algún problema neurológico o craneofacial, infección del oído entre otras...

Hay que tomar en cuenta el almacenamiento de la leche recién extraída dura aproximadamente 4 horas temperatura ambiente, en el refrigerador 72 horas y en el congelador de 3 a 6 meses, la leche materna no debe ser hervida ni ser colocada en microondas, si estuviera la leche congelada se puede colocar en la refrigeradora para que poco a poco la leche vuelva a su estado normal líquido, y si estuviera en el refrigerador se coloca afuera para que vaya a temperarse o entibiarse en baño maría, recordar que la lactancia materna debería ser por lo menos seis meses a un año, después del año complementar con alimentos sólidos y a partir de los 2 años brindar leche entera para el desarrollo del sistema nervioso.

### **3.13 Cuidados del recién nacido sano durante el nacimiento y postparto**

Se aspira secreciones del residuo del líquido amniótico en boca y luego nariz, se realiza ligación del cordón umbilical y toma del mismo para el grupo y factor Rh, comprobación de la permeabilidad gástrica y anal, auscultación de soplos y valoración de la frecuencia cardíaca, luego se hace la valoración física (hallazgos esperables). se realiza la prueba del apgar que consiste en evaluar al bebé al nacer al primer minuto de vida y luego a los cinco minutos tomando en cuenta la frecuencia cardíaca, coloración de la piel, respuestas a estímulos, tono muscular y respiración luego se hacen las Mediciones antropométricas de talla, peso y circunferencia cefálica, aplicación de vitamina k, Hepatitis B y BCG dependiendo del peso, se toma la huella plantar, se coloca pulseras de identificación en bebé y padres estos son los cuidados inmediatos del recién nacido.

Los cuidados posteriores se puede mencionar que son aquellos cuando la madre brinde lactancia materna, y brindar golpecitos en la parte de la espalda para ayudarles a eructar aliviando su molestia de los gases, cambio de pañal antes de cada toma revisando características de la orina y las primeras deposiciones que el bebé realiza se llama

meconio compuesto de moco, vellosidades de la piel y del tracto intestinal, líquido amniótico siendo de color negro verdoso de consistencia pegajosa, luego siguen las heces de transición que son amarillas verdosas. Parte de los cuidados incluye también el baño diario limpieza de la piel, genitales, profilaxis umbilical con alcohol de 70 grados, limpieza del pabellón auricular y fosas nasales en caso necesario.

Explicarles a los padres que no deben colocar cremas ni perfumes para evitar el desarrollo de alergia y brotes en la piel, después del baño asolear al bebé todas las mañanas en horas tempranas con pañal y camiseta 5 minutos por el frente y otros 5 minutos por la espalda, para que la vitamina D sea activada y pueda absorber el calcio, además evitar la coloración amarilla en el bebé, se le brinda información a la madre acerca de la vacuna BCG de la tuberculosis para completar el esquema de vacunación y sobre el tamizaje o prueba del talón que se realiza entre el 4to y 7mo día para detectar enfermedades metabólicas y congénitas.

En este estudio la embarazada y la familia es considerada como un ser humano en una etapa de reproducción fisiológica asociada a un posible parto por cesárea. Tanto la vida de ella y de su familia se afectan por características particulares con que cada quien percibe el embarazo versus la cesárea, los riesgos a que se enfrentó y a los cuidados que se profesan, sin olvidar aspectos de presupuestos económicos que se vincularon con la experiencia y en la práctica de esta investigación en la página # 69.

Otro aspecto que usualmente preocupa al padre y a la madre es el hecho de construir una familia planificada donde el control sobre la natalidad es importante posterior al parto, de tal forma que se aborda el tema seguidamente.

### **3.14 Planificación familiar**

Cuando la pareja haya tenido a su bebé es importante que la pareja dialogue acerca de los métodos de planificación, si pensarán tener más hijos o no, o esperar un tiempo prudencial para el siguiente embarazo. Y para mencionar sobre este tema primero definiremos el concepto de anticoncepción: *“que es la prevención temporal del embarazo, que se lleva a cabo mediante el empleo de métodos anticonceptivos específicos o de control”* (anticoncepción 2006, pág. 490).

Otro término muy similar es la definición de planificación familiar solo que lleva connotaciones más amplias: abarca factores físicos, sociales, psicológicos, económicos, y religiosos que determinan la actitud de la familia e influye sobre las decisiones respecto de su tamaño, el espacio entre nacimientos, la elección y uso de un método de control de la natalidad. Por eso las parejas que decidan tener bebé en algún momento deberán tener en cuenta el método de anticoncepción más adecuado y si está en ellos la planificación o no, hay factores que intervienen en la vida para tomar la decisión adecuada, estos están determinados por los siguientes factores:

- A. Socioculturales: El tamaño de la familia.
- B. Profesionales y económicos: Proporcionar a los hijos el alimento, educación, atención médica y odontológica.
- C. Relaciones: Aceptación del principio de limitación familiar.
- D. Físico: Edad, estilos de vida, patológicos (obesidad, anorexia, bulimia).
- E. Inherentes a la relación: Estabilidad de la relación, periodo de crisis y modificaciones que produce la llegada del bebé.
- F. Psicológicos: Necesidad de amar y ser amado, miedo a la maternidad o crianza.
- G. Estado de salud actual y antecedentes genéticos: Trasmisión de enfermedades al niño, la pareja debe conocer peligros y efectos colaterales de las diferentes opciones.

Después que la pareja haya planificado y visto los factores relacionados anteriormente, deberá tener en cuenta los métodos para la planificación familiar los cuales podrían ser los siguientes:

- Esterilización: Cierre quirúrgico de las vías que siguen los espermatozoides o los óvulos lo que impide la fertilización.
- Vasectomía: Es un procedimiento que se puede realizar en un consultorio médico bajo anestesia local para ligar los conductos deferentes, siendo un método de control de natalidad y evitar embarazos posteriores.

- **Ligadura de trompas:** Este es un procedimiento quirúrgico que se realiza a través del abdomen o por medio vaginal con el fin de evitar embarazos, consiste en hacer un corte a las trompas y luego atarlos, para evitar la unión del óvulo y el espermatozoide, también se puede realizar por medio de un cauterio, laser o clips para bloquear las trompas de Falopio.
- **Histerectomía:** Es la extracción del útero por medio de cirugía, puede ser por medio abdominal o vaginal, ya sea total o parcial en donde puede incluir ovarios y trompas de Falopio.
- **Ovulación:** Reconocer cambios en el moco cerviuterino durante el ciclo menstrual, características de la vulva, humedad, lubricación, sequedad.
- **Temperatura corporal basal:** Se detecta en el tiempo de la ovulación por lo menos temperatura de 0,22 grados centígrados (0,4F) reconocer los días de fecundidad e infecundidad postovulatorio se registra durante todo el ciclo menstrual de manera diaria a la misma hora y después de 5 á 6 horas de sueño interrumpido al despertarse y luego antes de alguna otra actividad (hablar, comer, beber), ya sea de manera oral, rectal, puede ser afectado por el clima, enfermedad, tensión, falta de sueño, ingestión de alcohol.
- **Sintotérmico:** Observación del moco y temperatura basal, en el amamantamiento hay mayores concentraciones de prolactina lo que inhiben la ovulación, y proporciona protección contra el embarazo, durante los primeros 7 meses, las mujeres no deben tener hemorragia transvaginal después de 56 días posparto.
- **No hormonales:** son métodos para planificar que no contienen efectos secundarios al utilizarlos.

## Cuadro#5. Métodos no hormonales

Jaleas y cremas	Empacados en tubo se coloca con aplicador
Espuma en aerosol	Contiene espermicida en aerosol en recipiente con gas presurizado
Supositorios	En forma de cono, base de manteca de cacao y gliceogelatina, se coloca 15 minutos antes del coito
Esponja anticonceptiva vaginal	Descontinuado, contiene espuma de poliuretano que dura 24 horas, que absorbe el semen, y se moja para activar espermicida se inserta, CI: en menstruación o posparto
Película anticonceptiva vaginal	Cubre el cerviz, hidrosoluble eficacia por 1 hr, se puede acompañar por condón o diafragma
Tableta de espuma vaginal	Se humedece con agua o saliva para comprobar su eficacia con la efervescencia, se coloca profundo esperar 5 minutos antes del coito
Condón masculino	De látex o poliuretano, se coloca sobre el pene erecto, para recoger el semen durante la eyaculación
Condón femenino	Anillo interno, alargado cubre cérvix, el extremo queda abierto hacia afuera
Diafragma,	Barrera entre el espermatozoide y óvulo, de látex, resorte metálico flexible, plano y sello amplio
Capuchones cervicales	De látex en forma de cono, como anillo grueso que se ajusta sobre el cuello uterino

Fuente: Schwarcz. Ricardo, Obstetricia (2002).

- **Hormonal:** Poseen efectos secundarios a largo plazo, en el que contiene hormonas femeninas, para impedir la fecundación. Por ejemplo están:

-Píldoras: son combinadas o con progestina se toman por 21 días y se reposa 7 días o se toman por 28 días del mes.

-Inyectables: Se coloca el primer día del período menstrual cada mes, hay inyectables para tres meses que se utilizan en mujeres de 35 años en adelante.

-Parche transdérmico (Norplant): Su efectividad es por cinco años, se coloca en la cara interna de la parte superior del brazo, no dominante, glúteo o parte baja abdominal, la compañía farmacéutica desaconseja su uso , pero aun así sigue aprobado por la administración de alimentos y medicamentos.

-Anillo vaginal (nuva ring): Contiene estrógenos y progestina cada tres semanas dos por día suprimen la ovulación con dosis de hormona baja es flexible, transparente y forma de anillo.

-Parche anticonceptivo transdérmico: Se utilizan por siete días durante tres semanas y se descansa siete días durante el período menstrual, se coloca en glúteo, parte baja del abdomen y torso.

### 3.14.1 Actividad sexual durante el embarazo

Se puede referir que es el conjunto de características y comportamientos eróticos, físicos, emocionales entre dos seres de distintos sexo muchas veces estos comportamientos varían más que todo en el hombre por sentir temor y lastimar a su pareja o al bebé, *pero no hay razón válida para limitar la actividad sexual a menos que se presente contracciones uterinas intensas después del orgasmo o ruptura de membranas (White y Reamy, 1995)*. En este caso la madre debe recibir orientación acerca de los posibles riesgos. *Inclusive más en la semana 32 de embarazo (Kochenour, 1990)*. Ayudarla a que identifique los posibles riesgos para ella y para el bebé.

También la madre es capaz de experimentar cambios en el deseo y respuesta sexual debido a síntomas durante el:

I Trimestre del Embarazo: presenta fatiga, náusea, vómitos hipersensibilidad mamaria haciendo que responda menos cuando la acaricien.

II Trimestre del Embarazo: los síntomas anteriores disminuyen, mayor congestión vascular pélvica y tenga mayor satisfacción sexual.

III Trimestre del Embarazo: puede disminuir nuevamente el interés en el coito por falta de aire, dolor pélvico, micción frecuente, disminución de la movilidad y deseo sexual, cólicos, dorsalgia.

Esto es algo que se debe dialogar con las parejas para ir adoptándose a los cambios en el desarrollo del embarazo de la mujer, comprender el estado de ánimo y cambios constantes que es parte del proceso.

Otro aspecto para tener en cuenta es la planificación económica, y tener en cuenta el presupuesto Hospitalario. Estos son los paquetes que ofrece el Hospital CIMA en el área de maternidad y neonatos:

### ***3.15. Para la propuesta del parto y cesárea (presupuestos)***

- Cargo de habitación estándar una noche y cuna.
- Cargo uso de sala de labor-parto o sala de obstetricia en cesárea.
- Cargo uso de sala de recuperación una hora.
- Cargo material almacén e insumos necesarios durante el procedimiento.
- Medicamentos básicos.
- Laboratorios del bebé (grupo y Rh).
- Vacunas básicas del nacimiento (Hepatitis B, BCG).
- Prueba de tamizaje, se realiza entre el cuarto y séptimo día de nacido.

### ***Beneficios***

- Una noche en habitación confortable el cual incluye: cama eléctrica, sofá cama para el acompañante, televisión con cable, teléfono, baño privado, sistema de climatización con regulación independiente, aislamiento acústico y acceso directo a llamadas internacionales, acceso internet.
- Cuidados y atención especializados por enfermeras en neonatos y en gineco-obstetricia.
- Alimentación los tres tiempos según indicación médica para la paciente y una cena o almuerzo de gala para celebración del acontecimiento para la pareja.

- Uso de sala de labor-parto-recuperación o la sala de gineco-obstetricia y una hora de recuperación. Uso de monitor fetal para controlar el corazón del bebé, durante el proceso de parto y la primera hora de incubadora después del parto o cesárea.
- Insumos o materiales utilizados durante el proceso de parto o cesárea y durante el tiempo de Hospitalización.
- Medicamentos básicos.
- Las primeras vacunas y laboratorios del bebé.
- El concepto baby CIMA, es un programa que brinda privilegios y beneficios a todas las madres y bebés, durante un año a partir del nacimiento, recibirán beneficios y descuentos directos aportados por los socios comerciales. Algunos beneficios son descuentos en la farmacia y exámenes de laboratorio con un 5% y un 10% en la renta de cuartos de urgencias y hospitalización.
- Parqueo gratis para un vehículo.

*(Quirós Rivera Silvia, Comunicación personal, encargada del Departamento de Presupuestos Febrero, 2010).*

Dependiendo del paquete que la madre haya elegido o la opción acertada en el parto que haya sido de manera natural o cesárea así serán los costos y los resultados que influyen en la economía y salud.

### **3.16 Teorizante del auto cuidado**

La Enfermera participa en la ayuda y cuidado del paciente, brinda apoyo, es solidario cumple con las funciones a cabalidad, asiste en las actividades diarias de: alimentación, eliminación, descanso, ayuda en lactancia materna, educación sobre los cuidados postparto, post cesárea, cuidados del recién nacido, deambulacion temprana.

*"El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar." (Orem, 2001).*

Lo que pretende la enfermera no es que el paciente dependa totalmente del cuidado de esta labor, sino que con la debida información y enseñanza, la madre lleve a cabo las funciones diarias por ella misma y tenga mayor control de su estado actual. Y atienda las necesidades del rol de madre y para que las funciones de la enfermera se logren lo primordial es brindar seguridad, confianza de lograrlo y escuchar las dudas e inquietudes acerca de su cuidado.

### **3.17. Cultura económica**

El costo es mucho mayor con las cesáreas en donde los gastos incluyen Hospitalización y honorarios médicos, esta práctica se realiza a menudo en Hospitales privados que cuentan con áreas de cuidado intensivo neonatal especializadas, si la paciente cuenta con seguro la operación quedará pagada, pero en otras ocasiones el bebé será trasladado por motivos económicos el cual no podrá solventar el gasto.

#### **3.17.1 Cultura de salud**

Los resultados puede ser distintos en cuanto a la escogencia del tipo de parto pueden presentarse riesgos y complicaciones después de la cirugía (mortalidad y morbilidad), orientar a la familia gestante y brindar el conocimiento es parte del rol del personal de salud, para evitar en algunas ocasiones cesáreas innecesarias y atente contra la salud de la madre.

La mortalidad materna es baja, pero aun así es cuatro veces mayor en cesárea que parto vaginal y en primigesta que se realice cesárea es el doble la mortalidad (Obstetricia Quirúrgica, capítulo 39, Pág. 1085).

A continuación algunos riesgos y desventajas para la madre:

- Hemorragia.
- Infección uterina y genitales.
- Lactancia maternas más dificultosa: dolor, limitación de las actividades, debilidad.
- Dolor en la incisión.

- Separación de la madre y el bebé durante las primeras horas del nacimiento.
- Dificultad de la movilidad por la anestesia epidural y general.

### *3.18 En cuanto a la Educación de los deberes y derechos del paciente*

Ubicación en la planta física del área de maternidad, comentar a cerca de quien va a ser el ginecólogo y pediatra así mismo del equipo de cirugía, horario de visitas, permanencia Hospitalaria, información completa del diagnóstico y tratamiento, consentimiento informado a cerca de riesgos y complicaciones, rechazar tratamientos en la medida que la ley lo permita, confidencialidad a cerca de su plan de salud, cumplir con reglamentos y normas de la institución hospitalaria, examinar gastos por parte del responsable de la cuenta, respuesta razonable en caso necesario de traslado, atención continua.

Brindar las mismas atenciones en el parto como en la cesárea por parte del personal de enfermería es de vital apoyo para la mujer embarazada, ante el miedo y la angustia, algunas mujeres que han sido sometidas a cesáreas pueden estar preparadas psicológicamente, pero las primigestas desconocen la situación, y deben asumir las circunstancias durante el proceso que conlleva la cesárea y dar a conocer los riesgos y complicaciones posibles. Las parejas deberían tener la experiencia del parto y seleccionar la manera ideal para el nacimiento del bebé.

# CAPÍTULO IV

## Procedimiento

## Metodológico

## 4 .Marco Metodológico

En la elaboración de este capítulo se tomó en cuenta la información obtenida de estadísticas del Hospital CIMA, San José, vivencias de las pacientes, fuentes de literatura, experiencia de profesionales en salud y cuestionarios.

### 4.1 Tipo de Investigación.

Para la investigación en enfermería, se presentan diferentes tipos de investigación, donde se obtienen nuevas perspectivas y resultados en cuanto a los problemas actuales, la investigación en enfermería generalmente es práctica debido a que contribuye a mejoras de calidad y necesidades de los pacientes, existe la investigación básica, aplicada y de desarrollo, siendo esta de carácter aplicada por sus fines prácticos.

Ya que: *“la investigación es una búsqueda sistemática de información, un proceso de indagación. Puede realizarse en bibliotecas, laboratorios, aulas, hospitales, fábricas, en las páginas de la Biblia, a pie de calle u observando una manada de elefantes en la naturaleza”* (Graziano y Raulin 2004:31).

Donde se obtuvo conocimiento debido a los métodos de recolección de información, mediante entrevistas, cuestionarios, observación y expedientes clínicos.

#### 4.1.1. Cualitativa

Por medio de los resultados obtenidos en el estudio, se analizan las conclusiones, y comprenden las causas de cesáreas en las mujeres embarazadas en el HCSJ. *Patton (1990) define los datos cualitativos como descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones. Donde su patrón cultural se ve influenciado por la conducta y se logra la interpretación por medio de la observación., donde se identifican problemas emocionales, insatisfacción, tipo de religión entre otros...*

#### 4.1.2. Descriptiva

Se llega a describir a un grupo de mujeres embarazadas, donde se observan costumbres, valores y actitudes predominantes.

*“Su objetivo central es la descripción de fenómenos. Se sitúa en un primer nivel de conocimiento científico usa la observación, estudios correlacionales y de desarrollo.”* Según Barrantes Echavarria Rodrigo PG 64 2003.

Esta investigación es descriptiva ya que se presenta los aspectos más relevantes como las causas de cesárea y que cada vez van en aumento a nivel nacional e internacional. La opinión de las pacientes acerca de las encuestas, es información importante y fundamental en la investigación.

*“Estudia los fenómenos tal y como aparecen en el presente, en el momento de realizar la investigación. Incluye una gran variedad de estudios cuyo objetivos es descubrir los fenómenos (Diagnósticos, estudios de casos, correlaciones etc.)”* Según Barrantes Echavarria Rodrigo PG 65 2003.

La investigación pretende describir las causas de las cesáreas, en las mujeres embarazadas del Hospital CIMA San José. En la aplicación de las encuestas se analizarán para describir mejor estas causas. En el período 2009- Enero-Agosto 2010.

#### 4.1.3. Estudio transversal

La recolección de los datos se realizó mediante las unidades de análisis, tomando en cuenta aspectos y características socioculturales, conocimiento y causas de cesárea principalmente.

*“Estudian aspectos de desarrollo de los sujetos en un momento dado.”* según Barrantes Echavarria Rodrigo PG 64 2003.

Esta investigación se considera transversal porque que se realiza, durante los meses de Enero- Agosto del año del 2010. Se contó con la ayuda de las pacientes embarazadas, con la participación de enfermeras del servicio de Neonatos y maternidad y otras personas fuera del área Hospitalaria.

#### **4.1.4. Según finalidad: Investigación aplicada.**

Cuando surge la finalización del embarazo, se incrementan las dudas, por eso enfermería brinda educación para dar seguridad y atención a la madre embarazada proporcionando ideas más claras en lo posible. Ya que la cesárea representa una situación desconocida para ellas.

*“Su Finalidad es la solución de problemas prácticos para transformar las condiciones de un hecho que nos preocupa. El propósito fundamental no es aportar al conocimiento teórico” Según Barrantes Echavarría Rodrigo PG 64 1999.*

Se considera que esta investigación es de tipo aplicada como se mencionó anteriormente por fines prácticos, el problema en este caso son el exceso de cesáreas realizadas cada año, se pretende realizar controles por mes y observar causas específicas que lo requieran por condición materna, fetal, maternofetal y ovular observando cuál es la tendencia de estas causas, en las mujeres embarazadas del Hospital CIMA San José, en el cual se ha observado un incremento en los últimos años siendo el año 2009, el de mayor incremento, el cual representa un 13%.

#### **4.1.5. Según profundidad u objetivo: explicativa**

Este *“explica los fenómenos y el estudio de su relaciones, para conocer su estructura y los aspectos que interviene en su dinámica”* (Barrantes, 2007, p.64).

El objetivo principal de esta investigación es conocer las causas de cesárea en las mujeres embarazadas en el HCSJ, en el periodo 2009 a Enero-Agosto 2010, fue importante la colaboración de las pacientes, enfermeras y doctores para desarrollar el tema y conocer el punto de vista y opinión respecto a este punto.

#### 4.1.6. Según la orientación que asume: orientada a la explicación

Se pretende: *“buscar respuestas a problemas más concretos para la toma de decisiones, ya sea para cambiar o mejorar la práctica” (Id).*

Se encontraron que las causas de la cesárea se clasificaron en varias dimensiones y estaban representadas dentro de las causas maternas, fetales, materno fetales y ovulares, se conoció la opinión de las mujeres embarazadas el cual es el tema fundamental de la investigación.

#### 4.2. Población

Barrantes (2007) define la población como *“un conjunto de elementos que tienen una característica en común” (p.135).*

Para este estudio, la población seleccionada fue las mujeres embarazadas del Hospital CIMA San José, en el periodo Enero 2009-Agosto 2010, ubicado en el área metropolitana de Escazú, entre las edades de 17 a 43 años, para el año 2009 se revisa 26 expedientes clínicos para la revisión de los datos, dando a conocer las causas de cesárea, para el 2010 se contó con la participación de 30 mujeres embarazadas, el cual se les aplicó un cuestionario con previa autorización y consentimiento acerca del tema a investigar el cual estuvieron de acuerdo con completar los datos presentados, también se obtuvo apoyo de nueve enfermeras entre el área de maternidad y neonatos, y otras nueve personas a nivel extrahospitalario.

### 4.3 Muestreo.

Las muestras están clasificadas en probabilística: que se entiende que son las candidatas posibles para dicha investigación y Muestra no probabilística es:

*“La selección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de otras causas relacionadas con el investigador.” “Según Barrantes Echevarria Rodrigo PG 135 1999.*

Esta investigación es no probabilística ya que el investigador escogió la muestra con la que iba a trabajar en el cual consistió en llenar un cuestionario, con cierto tipo de población, en este caso, las mujeres embarazadas para una muestra representativa. Se contó con la participación de 30 mujeres para los datos del 2010, 26 expedientes clínicos para los datos del 2009, con 9 enfermeras entre el servicio de Neonatos y maternidad, las formas de recolección de datos, fue: cuestionario, comunicación personal, y uso del expediente clínico. Se realizó comparación entre los datos de los expedientes y las opiniones de las personas entrevistadas, para dar mayor fortaleza a la investigación.

Dentro del enfoque de la investigación cualitativa se considera que también es una muestra por conveniencia. Simplemente casos disponibles a los cuales tenemos acceso (Hernández et al, 2007, p.157).

#### 4.3.1. Criterios de selección de la muestra

Se tomó ciertas consideraciones para la población:

- Mujeres embarazadas
- Comprendidas entre las edades de 17 a 43 años.
- Con antecedentes de primigestas, y multíparas

#### 4.4. Técnicas de recolección de datos

- Observaciones: No hay formato para la observación, esta a juicio del investigador según refiere, (Hernández Sampiere, 2006) y la investigación cualitativa es inductiva. Se tuvo acceso al lugar de investigación en una entidad privada, en el HCSJ, en el área de maternidad donde se observaron: *Características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Dahke, 1989).*
- Cuestionario y entrevista: Mediante la aplicación del instrumento, la revisión de los expedientes y la opinión de las encuestadas, se pudo considerar las causas de nacimiento por cesárea.

#### 4.5 Instrumento de Recolección de Datos:

Características de encuesta utilizada:

- Instrucciones para realizar el cuestionario con elaboración de preguntas cerradas.
- Datos personales como: edad, educación alcanzada, nacionalidad, lugar de vivienda, oficio, estado civil y razón de la cesárea.
- Las preguntas elaboradas son de opción múltiple.

Fuentes de información:

- *Personal de recursos humanos y administrativo:* Se contará con el apoyo del personal que trabaja en la oficina de recursos para poder obtener datos importantes sobre el HCSJ, para la facilitación de documentos que serán útiles para ampliar la información de la investigación.
- *Profesor de la materia:* la profesora Xinia Molina, será un elemento humano importante en la realización del tema, ya que brindará la orientación necesaria para la realización y presentación correcta de la investigación.
- *Mujeres embarazadas del HCSJ:* Son un recurso importante porque ellas son básicamente el centro de la investigación, y con la opinión de ellas también se enriquecerá la investigación.

- *Personal de archivo clínico del Hospital CIMA San José.*
- *Enfermeras del área de maternidad del Hospital CIMA San José.*
- *Internet:* Este recurso es importante ya que facilita la localización de datos importantes que formarán parte del trabajo de investigación.
- *Bibliotecas (Calderón Guardia, San Juan de Dios, UCR SIBDI, UNADECA )* Ya que brinda herramientas que proporciona información sobre el tema en investigación, entre estas herramientas están las siguientes:
  - a- *Libros:* Estudios transversales". INVESTIGACION un camino al conocimiento. Rodrigo Barrantes Echeverria. 2003. Pág. 64. Y Hernández Sampiere et al.
- *Computadora:* Para una mejor presentación de la tesis, es necesario hacer uso de una computadora, además que su uso facilitará la organización, corrección y el análisis de los datos, pues que ofrece programas que facilitan algunos procesos.
- *Impresora:* La impresora es otro recurso tecnológico necesario para el alcance de los objetivos, ya que será necesario imprimir tanto el modelo de la encuesta y la tesis en su totalidad.

#### 4.6 Consideraciones Éticas:

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Cima San José, se contó con el permiso de la Gerencia de enfermería, Lic. Patricia Quesada, la cual estuvo en total acuerdo con la investigación. La población escogida, fueron las mujeres embarazadas, todas mayores de edad, ellas estuvieron de acuerdo con el llenado y aplicación del cuestionario. *"Nadie será sometido a torturas, ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradante. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos"* (Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 7, 1966, citado por Fatthalla, 2008, p.11)

#### 4.7 Área y Unidades de análisis

##### Cuadro de Causas de Parto por Cesárea en el HCSJ.

Área de análisis	Definición	Procedimiento de Estudio
<b>Materna:</b> -patologías locales -patologías sistémicas Fracaso de inducción	Las causas maternas son las condiciones que impiden la salida del bebé por vía vaginal.	Instrumento #1. Revisión de 26 expedientes., en el periodo 2009.
<b>Fetales:</b> -colocaciones viciosas -macrosomía fetal Vitalidad fetal comprometida	Las causas fetales se deben a que el bebé es muy grande por pasar por la pelvis materna, que se presente síndrome fetal agudo, restricción del crecimiento.	Instrumento#2. Fue aplicada a 30 mujeres embarazadas en el periodo Julio2010, por medio de: Cuestionario Entrevista personal.
<b>Maternofetales:</b> -desproporción cefalopélvica -labor estacionada	Estas razones se de deben a que el bebé presente dificultad para pasar por el canal de parto, y se convierta en labor estacionada.	Instrumento#3. La técnica de recolección de datos fue por medio de la observación.
<b>Ovulares:</b> -placenta previa -desprendimiento de placenta -normoplacentario -procedencia del cordón	La enfermera y el médico son los encargados de valorar la condición materna, para así proceder a la cesárea.	Instrumento#4. La técnica de recolección de datos fue por medio de la observación.

Área de análisis	Definición	Procedimiento de Estudio
<b>Mujeres embarazadas:</b> Vaginal Cesárea	Via normal de parto es por medio vaginal, cuando exista alguna causa materna, fetal, materno fetal y ovular se procede a la realización de cesárea.	Instrumento#5  Aplicada a las mujeres intra y extrahospital mediante entrevista personal, llenado del cuestionario.
<b>Enfermera:</b> Obstetra General	La enfermera obstetra es la encargada de valorar y dar seguimiento a la mujer embarazada, se cuenta con la participación de el enfermera general	Instrumento#6  Aplicada a las enfermeras obstetras y enfermeras generales por medio de entrevista personal

**CAPITULO V**

**Análisis e**

**Interpretación de**

**Resultados**

## 5. Análisis e interpretación de datos:

La obtención de los datos fue propiamente de las mujeres embarazadas del Hospital Cima San José, contando con una muestra total de 74 participantes, y después de la recolección de los datos se muestra el análisis y resultados de la investigación. Se utilizó áreas y unidades de análisis para conocer la clasificación de las causas de la cesárea, se utilizaron cuadros (rasgos cuantitativos) y gráficas en forma de cilindro para la representación de datos que se utilizan comparando valores y categorías, se utilizó un gráfico lineal para mostrar tendencias en el tiempo desde el 2000-2010. Ver pág. # 115.

**Cuadro#6. Cesárea realizadas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Febrero 2000.**

Año	MES	CESÁREA y VAGINAL	
2000	Febrero	2	1
2000	Marzo	9	1
2000	Abril	13	9
2000	Mayo	21	16
2000	Junio	28	13
2000	Julio	21	16
2000	Agosto	29	12
2000	Septiembre	33	18
2000	Octubre	30	22
2000	Noviembre	39	19
2000	Diciembre	38	16
<b>TOTAL</b>		<b>263</b>	<b>131</b>

Fuente: Registros Médicos y libro de nacimientos del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2000.

En el cuadro # 6 se observa un dato muy interesante ya que en el año 2000 fue cuando se inauguró el Hospital CIMA San José justo en el mes de enero, y se puede notar que en Febrero del 2000 se iniciaron las primeras cesáreas con un alcance mínimo de 2 cesáreas, durante este año el mes que alcanzó el mayor número de cesáreas fue noviembre con un total de 39 cesáreas, y al finalizar el año fueron un total de 263 cesáreas.

**Cuadro #7. Cesáreas realizadas en las mujeres embarazadas en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2001.**

<b>Año</b>	<b>MES</b>	<b>CESÁREA y VAGINAL</b>	
2001	Enero	31	18
2001	Febrero	36	15
2001	Marzo	27	10
2001	Abril	28	10
2001	Mayo	31	15
2001	Junio	27	13
2001	Julio	41	14
2001	Agosto	30	14
2001	Septiembre	23	17
2001	Octubre	50	13
2001	Noviembre	44	11
2001	Diciembre	25	20
<b>TOTAL</b>	<b>12 meses</b>	<b>393</b>	<b>170</b>

Fuente: Registros Médicos y libro de nacimientos del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2001.

Llama la atención que para el año 2001 las cifras fueron incrementándose, siendo el 4to lugar más alto entre el periodo 2000-2010 siendo un total de 393 cesáreas, teniendo como mes de mayor incidencia de cesáreas el mes de octubre con 50 procedimientos.

**Cuadro # 8. Cesáreas realizadas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2002.**

<b>Año</b>	<b>MES</b>	<b>CESÁREA y VAGINAL</b>	
2002	Enero	28	13
2002	Febrero	19	8
2002	Marzo	22	14
2002	Abril	35	9
2002	Mayo	35	18
2002	Junio	26	13
2002	Julio	31	15
2002	Agosto	27	17
2002	Septiembre	42	13
2002	Octubre	39	10
2002	Noviembre	30	11
2002	Diciembre	29	16
<b>TOTAL</b>	<b>12 meses</b>	<b>363</b>	<b>157</b>

Fuente: Registros Médicos y libro de nacimientos del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2002.

Como se puede observar en el cuadro # 8, durante el año 2002 hubo un total de 363 cesáreas un poco menos que al año anterior. El mes en el que se registraron menos cesáreas fue febrero con un total de 19 y el mes que presentó mayor incidencia de este procedimiento quirúrgico fue el mes de septiembre para un total de 42 cesáreas.

**Cuadro #9. Cesáreas realizadas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2003.**

<b>Año</b>	<b>MES</b>	<b>CESÁREA</b>	<b>VAGINAL</b>
2003	Enero	27	9
2003	Febrero	23	21
2003	Marzo	38	8
2003	Abril	35	12
2003	Mayo	28	8
2003	Junio	29	12
2003	Julio	36	9
2003	Agosto	30	19
2003	Septiembre	39	16
2003	Octubre	32	11
2003	Noviembre	37	14
2003	Diciembre	26	11
<b>TOTAL</b>	<b>12 meses</b>	<b>380</b>	<b>150</b>

Fuente: Registros Médicos y libro de nacimientos del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2003.

Como se puede observar en este cuadro #9, la cifra de nacimientos por cesáreas se incrementó en el año 2003, con un total de 380 cesáreas realizadas. El mes en el que se registraron menos cesáreas fue el mes de febrero con un total de 23 nacimientos por este método y el mes en el que se registraron la mayor cantidad de partos vía cesárea fue el mes de septiembre con 39 nacimientos. Llama la atención la cantidad de cesáreas realizadas durante este año supera por más de la mitad a los partos vaginales con un total de 150 nacimientos vía vaginal.

**Cuadro #10. Cesáreas realizadas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2004.**

<b>Año</b>	<b>MES</b>	<b>CESÁREA</b>	<b>VAGINAL</b>
2004	Enero	21	10
2004	Febrero	23	21
2004	Marzo	38	8
2004	Abril	25	11
2004	Mayo	29	8
2004	Junio	30	12
2004	Julio	35	10
2004	Agosto	30	9
2004	Septiembre	40	16
2004	Octubre	33	11
2004	Noviembre	31	13
2004	Diciembre	26	11
<b>TOTAL</b>	<b>12 meses</b>	<b>361</b>	<b>140</b>

Fuente: Registros Médicos y libro de nacimientos del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2004.

En el cuadro anterior se observa que durante el año 2004 hubo un total de 361 nacimientos por cesárea, superando en más de la mitad la cantidad partos vaginales con 140 nacimientos vaginales durante este año.

**Cuadro # 11. Cesáreas realizadas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2005.**

<b>Año</b>	<b>MES</b>	<b>CESÁREA</b>	<b>VAGINAL</b>
2005	Enero	29	18
2005	Febrero	35	10
2005	Marzo	26	17
2005	Abril	29	12
2005	Mayo	31	15
2005	Junio	28	11
2005	Julio	37	13
2005	Agosto	29	11
2005	Septiembre	36	11
2005	Octubre	32	17
2005	Noviembre	25	17
2005	Diciembre	37	8
<b>TOTAL</b>	<b>12 meses</b>	<b>374</b>	<b>160</b>

Fuente: Registros Médicos y libro de nacimientos del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2005.

En el 2005 se presenta el mismo comportamiento que en los años anteriores respecto a incremento en el número de nacimientos por cesárea, se puede observar que las cifras de las cesáreas son más que el doble que las cifras de parto vaginales para total de 374 cesáreas.

**Cuadro # 12. Cesáreas realizadas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2006.**

<b>Año</b>	<b>MES</b>	<b>CESÁREA</b>	<b>VAGINAL</b>
2006	Enero	35	11
2006	Febrero	32	12
2006	Marzo	32	14
2006	Abril	24	12
2006	Mayo	27	14
2006	Junio	29	12
2006	Julio	41	16
2006	Agosto	36	21
2006	Septiembre	37	14
2006	Octubre	31	18
2006	Noviembre	23	18
2006	Diciembre	41	20
<b>TOTAL</b>	<b>12 meses</b>	<b>388</b>	<b>182</b>

Fuente: Registros Médicos y, Libro de nacimientos del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2006.

Como se puede observar en el cuadro #12 existe un total de 388 cesáreas fueron realizadas en el 2006. En donde se distinguen los meses de julio y diciembre como los meses en donde mayor cantidad de nacimientos por cesárea fueron registrados con total de 41, y el mes noviembre cuando se registra la menor cantidad de cesáreas con un total 23 cesáreas.

**Cuadro #13. Cesáreas realizadas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2007.**

<b>Año</b>	<b>MES</b>	<b>CESÁREA</b>	<b>VAGINAL</b>
2007	Enero	35	13
2007	Febrero	46	16
2007	Marzo	35	12
2007	Abril	38	11
2007	Mayo	29	4
2007	Junio	42	12
2007	Julio	30	12
2007	Agosto	43	8
2007	Septiembre	45	15
2007	Octubre	37	14
2007	Noviembre	38	15
2007	Diciembre	30	20
<b>TOTAL</b>	<b>12 meses</b>	<b>448</b>	<b>152</b>

Fuente: Registros Médicos y, Libro de nacimientos del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2007.

Como se observa en el cuadro #13 durante el año 2007 se realizaron 448 cesáreas siendo este año el tercer lugar de mayor incremento en nacimientos por cesárea en el Hospital CIMA San José.

**Cuadro # 14. Cesáreas realizadas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2008.**

<b>Año</b>	<b>MES</b>	<b>CESÁREA</b>	<b>VAGINAL</b>
2008	Enero	42	19
2008	Febrero	41	19
2008	Marzo	43	22
2008	Abril	34	14
2008	Mayo	40	16
2008	Junio	44	19
2008	Julio	36	21
2008	Agosto	56	15
2008	Septiembre	57	19
2008	Octubre	40	22
2008	Noviembre	32	29
2008	Diciembre	32	10
<b>TOTAL</b>	<b>12 meses</b>	<b>497</b>	<b>225</b>

Fuente: Registros Médicos y, Libro de nacimientos del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2008.

El año 2008 representa el segundo lugar de aumento de cesáreas con 497 en total, teniendo el mes de septiembre como el mes de mayor registro de cesáreas para un total de 57 y los meses de menor número de registro fueron noviembre y diciembre con un total de 32 nacimientos por cesárea cada uno.

**Cuadro #15. Cesáreas realizadas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2009**

<b>Año</b>	<b>MES</b>	<b>CESÁREA</b>	<b>VAGINAL</b>
2009	Enero	32	10
2009	Febrero	48	10
2009	Marzo	44	8
2009	Abril	40	7
2009	Mayo	45	14
2009	Junio	63	11
2009	Julio	45	13
2009	Agosto	37	8
2009	Septiembre	31	16
2009	Octubre	49	14
2009	Noviembre	46	10
2009	Diciembre	53	17
<b>TOTAL</b>	<b>12 meses</b>	<b>533</b>	<b>138</b>

Fuente: Registros Médicos y, Libro de nacimientos del Hospital CIMA San José, 2009.

Durante el 2009 se registraron un total de 533 cesáreas, siendo el rango más alto de todos años. Llama poderosamente la atención que el mes con mayor número de registros de nacimientos por este método fue el mes de junio para un total de 63 cesáreas comparado con un total de 11 nacimientos por parto vaginal durante el mismo mes. El mes en el que menor cantidad de nacimientos por cesárea se registraron fue septiembre con un total de 31.

**Cuadro # 16. Cesáreas realizadas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.**

Año	MES	CESÁREA
2010	Enero	49
2010	Febrero	36
2010	Marzo	47
2010	Abril	32
2010	Mayo	36
TOTAL	5 meses	200

Fuente: Registros Médicos y, Libro de nacimientos del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.

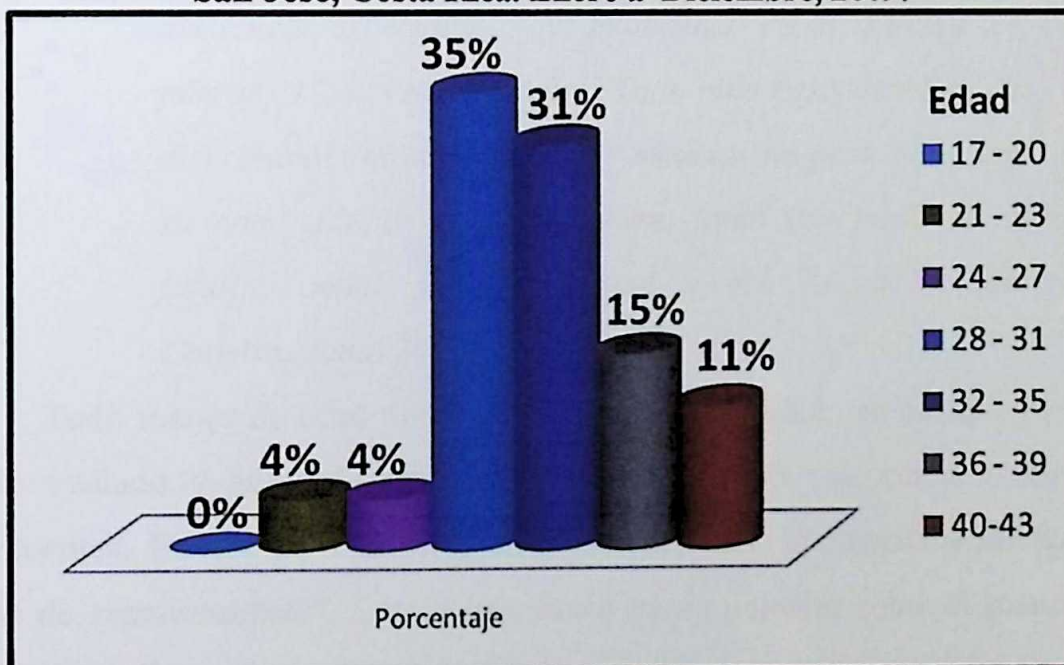
Como se pudo observar en el cuadro #16, a tan sólo 5 meses del año 2010 se ha realizado un total de 200 cesáreas. Teniendo la mayor cantidad de nacimientos por cesárea el mes de marzo con un total de 47 cesáreas y el mes de menor cantidad abril con un total de 32 cesáreas.

**Cuadro #17. Edad de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero-Diciembre, 2009.**

Edades	Cantidad	Porcentaje
17 – 20	0	0%
21 – 23	1	4%
24 – 27	1	4%
28 – 31	9	35%
32 – 35	8	31%
36 – 39	4	15%
40-43	3	11%
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

Fuente: Expediente clínico del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2009.

**Gráfico #1. Edad de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero a Diciembre, 2009.**



Fuente: Cuadro #17. Edad de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Diciembre, 2009.

La muestra para el 2009 se contó con 26 mujeres embarazadas en el servicio de maternidad donde se hizo uso de los expedientes clínicos, para conocer las razones de la realización de la cesárea, donde comprendieron edades entre de 21 a 43 años.

La edad de las mujeres embarazadas en el Hospital CIMA San José registró mayor porcentaje entre las edades de 28 a 31 años, están representadas por un 35% siendo el mayor rango. Un 31% entre las edades de 32 a 35 años, 15% para las edades entre 36 a 39 años. Y la menor cifra registró 4% con las edades entre 21-23 y 24-27 años. De manera que es claro que en el CIMA no se realizó cesáreas a mujeres menores de edad. Este análisis es importante ya que actualmente el número de mujeres embarazadas menores de edad está en aumento.

Sin embargo, aunque no hubo cesáreas a menor de edad fue porque no se registraron datos durante ese periodo.

*“El Protocolo Internacional de Derechos Civiles y Políticos del 19 de diciembre de 1966) el artículo 25, párrafo 2º, de la supraindicada. Declaración señala que “La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales...” y, finalmente, en el artículo 24, párrafo 1º, se establece que “Todo niño tiene derecho, sin discriminación alguna... a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado”. (Sala Constitucional 2009).*

Todo menor de edad tiene el derecho de ser atendido en cualquier parte del país, siendo avalado y aceptado por el estado quien brinda protección y seguridad a los adolescentes. En ese caso es indispensable el uso del **“consentimiento informado por medio de representante”**. Los padres tienen patria potestad sobre el menor de edad, y deberá cumplir con condiciones dignas sociales y económicas para la gestación y nacimiento, velando por el desarrollo físico, intelectual, moral y espiritual así refiere *el (Código de la Niñez y de la Adolescencia, Ley No. 7739, código 5to).*

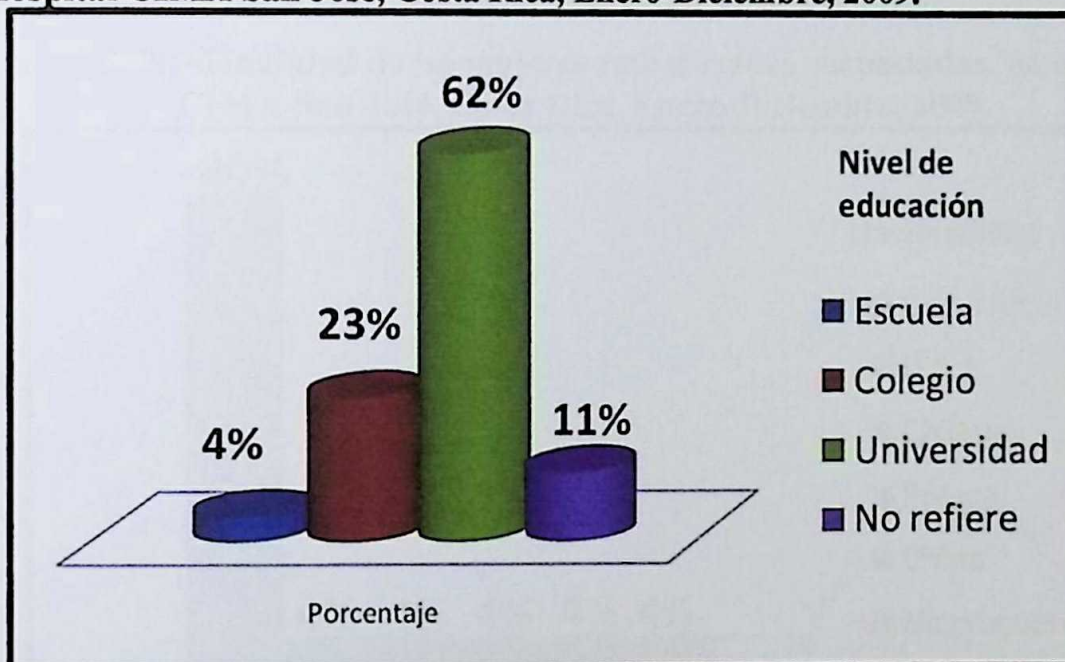
Otro punto a destacar en el cuadro es sobre las mujeres más jóvenes, el interés estético y su preferencia en la realización de las cesáreas comparado con las mujeres de mayor edad, son menos en ese rubro.

**Cuadro # 18. Nivel de educación alcanzada de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Diciembre, 2009.**

EDUCACION ALCANZADA	CANTIDAD	Porcentaje
Escuela	1	4%
Colegio	6	23%
Universidad	16	62%
No refiere	3	11%
TOTAL	26	100%

Fuente: Expediente clínico del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2009.

**Gráfico #2. Nivel de educación alcanzada de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Diciembre, 2009.**



Fuente: Cuadro #18. Nivel de educación alcanzada de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Diciembre, 2009.

Más de la mitad de la población de las mujeres embarazadas tienen algún nivel de educación universitario, siendo representado por un 62%, un 23 % para aquellas que lograron concluir la educación Secundaria, y 11% de ellas no refieren grado académico obtenido, y la menor cifra con un 4% que concluyó sus estudios de la escuela.

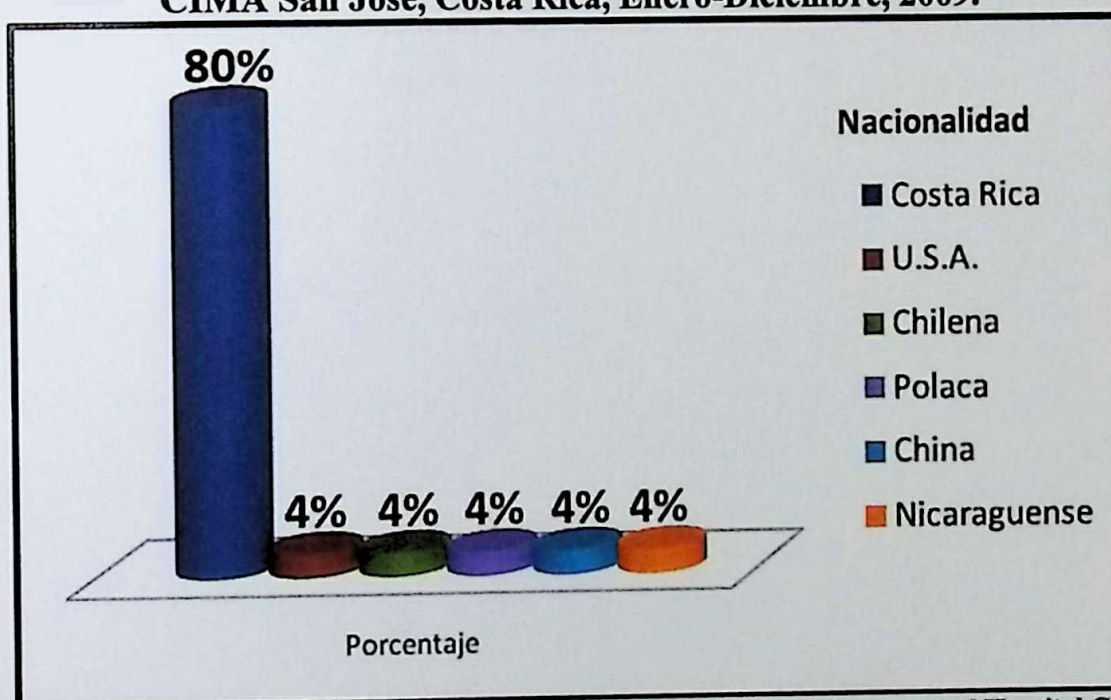
Considerando los datos anteriores se puede asegurar que las mujeres que son sometidas a cesárea tienen alguna profesión, permitiéndole posiblemente un mejor ingreso económico, lo que permite escoger la opción de parto por cesárea. Su formación profesional influye en su deseo estético, lo que permite preguntar ¿En las maternidades públicas la paciente puede elegir esta opción de tener su bebé por cesárea en caso que así lo deseen?

**Cuadro # 19. Nacionalidad de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Diciembre, 2009.**

NACIONALIDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
Costa Rica	21	80%
U.S.A.	1	4%
Chilena	1	4%
Polaca	1	4%
China	1	4%
Nicaragüense	1	4%
<b>TOTALES</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

Fuente: Expediente clínico del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2009.

**Gráfico # 3. Nacionalidad de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Diciembre, 2009.**



Fuente: Cuadro #19 Nacionalidad de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Diciembre, 2009.

Las mujeres embarazadas del CIMA, provienen de varios países: Estados Unidos, Chile, Polonia, China y Nicaragua representados por un 4%, la mayoría son costarricenses, con un rango de un 21%. Para entender el concepto: *“La transculturación es la adaptación de rasgos de otra cultura como propios, es un proceso transitivo en diferentes fases durante el cual se pierden elementos de la cultura original”*. (Navarro, Consuelo, 2003). Cada persona es una historia con valores, motivaciones diferentes, donde conoce diferentes personalidades y cultura y se adapta a ellas, aprende a formarse dentro de otras tradiciones teniendo y asumiendo otro comportamiento social.

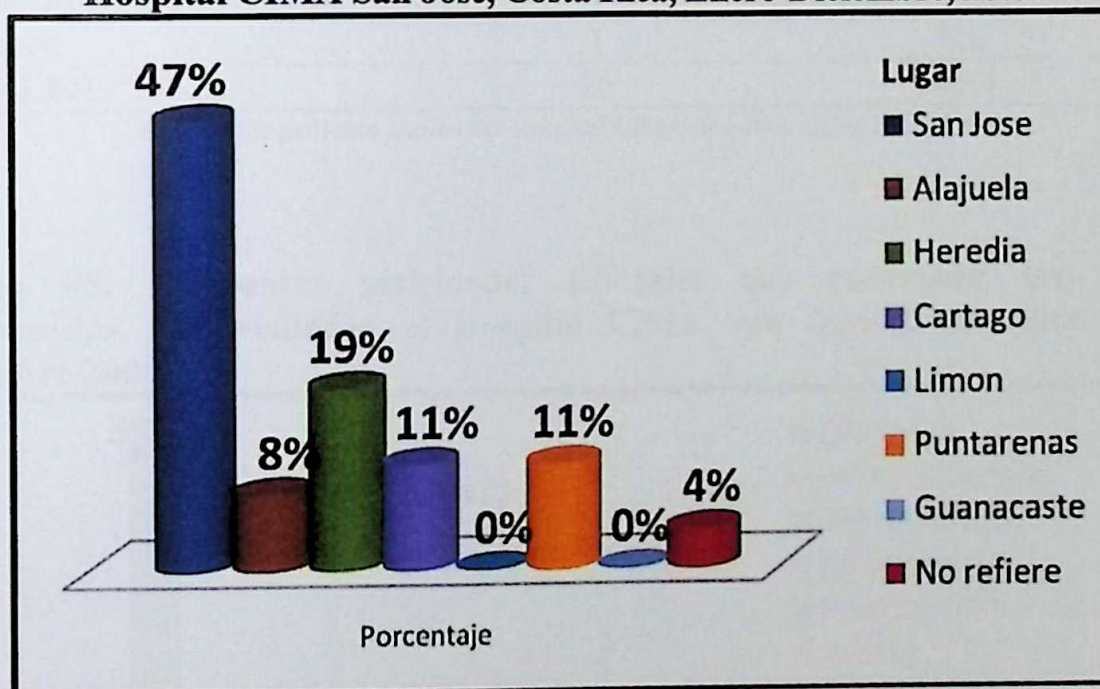
De manera que la mujer costarricense entró en el “bum” de la cesárea como se evidencia claramente en este cuadro. Otro aspecto que es claro es que las mujeres de diferentes países también se someten a la cesárea.

**Cuadro # 20. Lugar de procedencia de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Diciembre, 2009.**

LUGAR	TOTAL	Porcentaje
San José	12	47%
Alajuela	2	8%
Heredia	5	19%
Cartago	3	11%
Limón	0	0%
Puntarenas	3	11%
Guanacaste	0	0%
No refiere	1	4%
Total	26	100%

Fuente: Expediente clínico del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2009.

**Gráfico # 4. Lugar de procedencia de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Diciembre, 2009.**



Fuente: Cuadro # 19 Lugar de procedencia de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Diciembre, 2009.

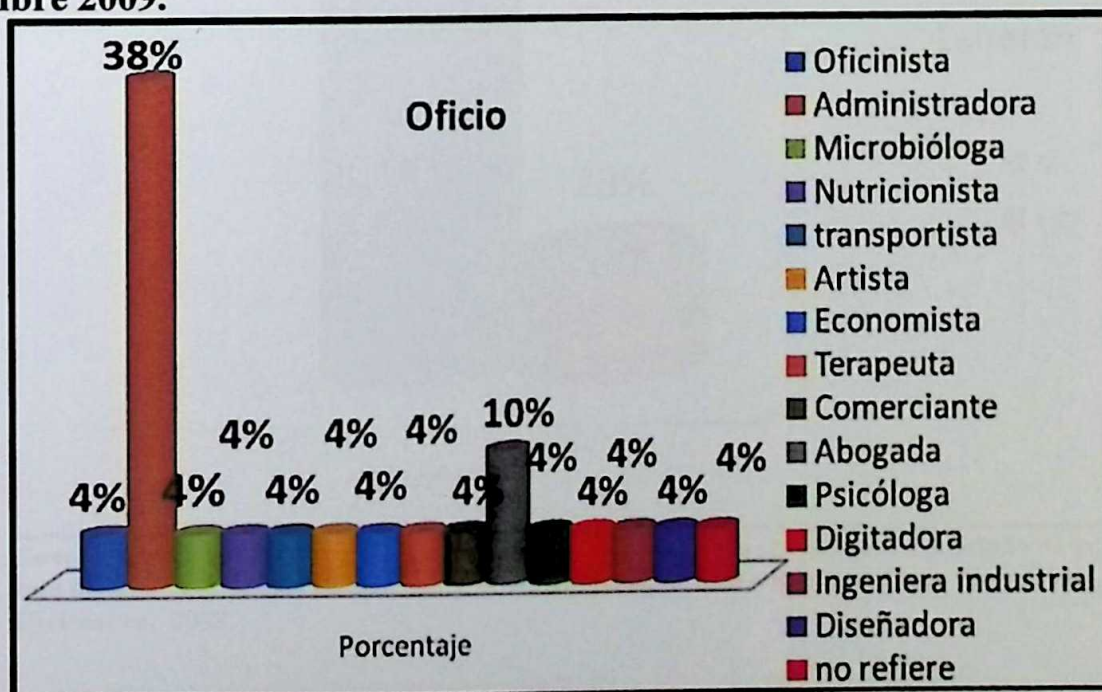
Referente al cuadro #19 de nacionalidad, la mayoría son representadas por mujeres embarazadas costarricenses, provenientes de San José con un 47 % áreas que colindan con el Hospital CIMA (Escazú y Santa Ana), el 19% es representada por las que viven en Heredia, el 11% son las mujeres embarazadas que viven entre Cartago y Puntarenas, un 8% las que son de Alajuela, un 4% no refiere el lugar de vivienda.

**Cuadro # 21. Diferentes actividades laborales que realizaban las mujeres embarazadas que visitaron el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Diciembre, 2009.**

Oficio	Cantidad	Porcentaje
Oficinista	1	4%
Administradora	10	38%
Microbióloga	1	4%
Nutricionista	1	4%
Transportista	1	4%
Artista	1	4%
Economista	1	4%
Terapeuta	1	4%
Comerciante	1	4%
Abogada	3	10%
Psicóloga	1	4%
Digitadora	1	4%
Ing. Industrial	1	4%
Diseñadora	1	4%
no refiere	1	4%
<b>TOTALES</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

Fuente: Expediente clínico del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2009.

**Gráfico #5. Diferentes actividades laborales que realizaban las mujeres embarazadas que visitaron el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Diciembre 2009.**



Fuente: Cuadro # 21. Diferentes actividades laborales que realizaban las mujeres embarazadas que visitaron el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Diciembre, 2009.

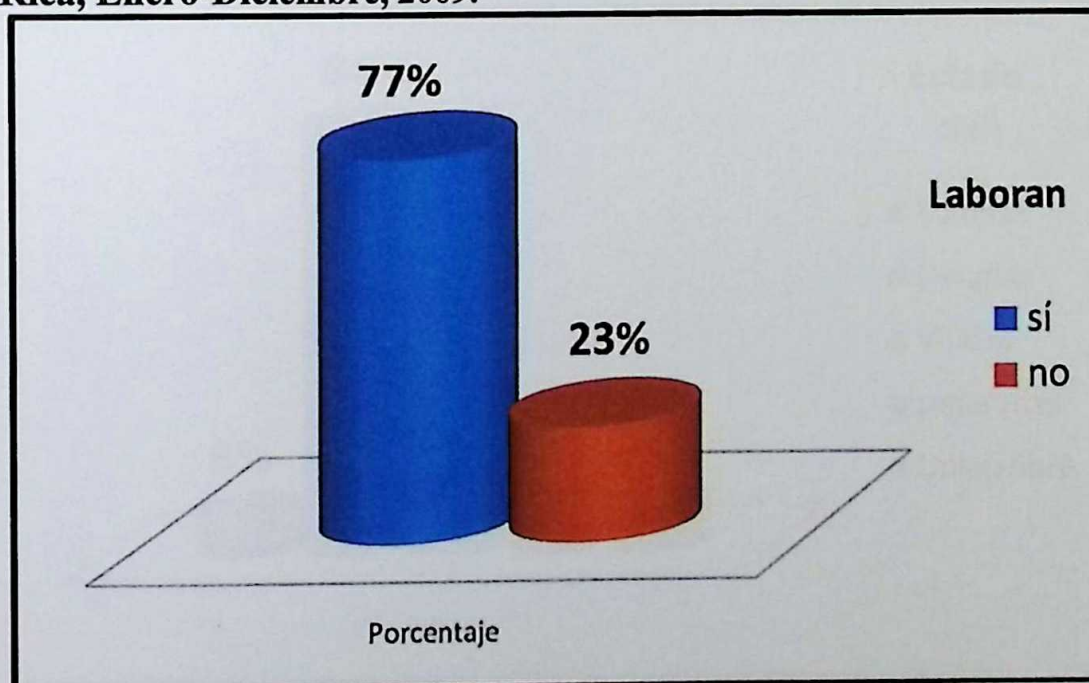
Se puede decir que casi el 100% de las mujeres embarazadas tienen un empleo, lo cual demuestra estabilidad económica y que pueden escoger el tipo de parto, esto llama la atención debido que la preocupación, es por su imagen física, y no debido a las posibles complicaciones o causas reales que ameriten el parto por cesárea las cuales se clasifican en causas maternas, fetales, maternofetales y ovulares.

**Cuadro #22. Porcentaje de usuarias que se mantuvieron trabajando en estado de gravidez y que hicieron uso del servicio de maternidad del Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Diciembre, 2009.**

TRABAJAN ACTUALMENTE	Cantidad	Porcentaje
Sí	20	77%
No	6	23%
TOTAL	26	100%

Fuente: Expediente clínico del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2009.

**Gráfico #6. Porcentaje de usuarias que se mantuvieron trabajando en estado de gravidez y que hicieron uso del servicio de maternidad del Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Diciembre, 2009.**



Fuente: Cuadro # 22. Porcentaje de usuarias que se mantuvieron trabajando en estado de gravidez y que hicieron uso del servicio de maternidad del Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Diciembre, 2009.

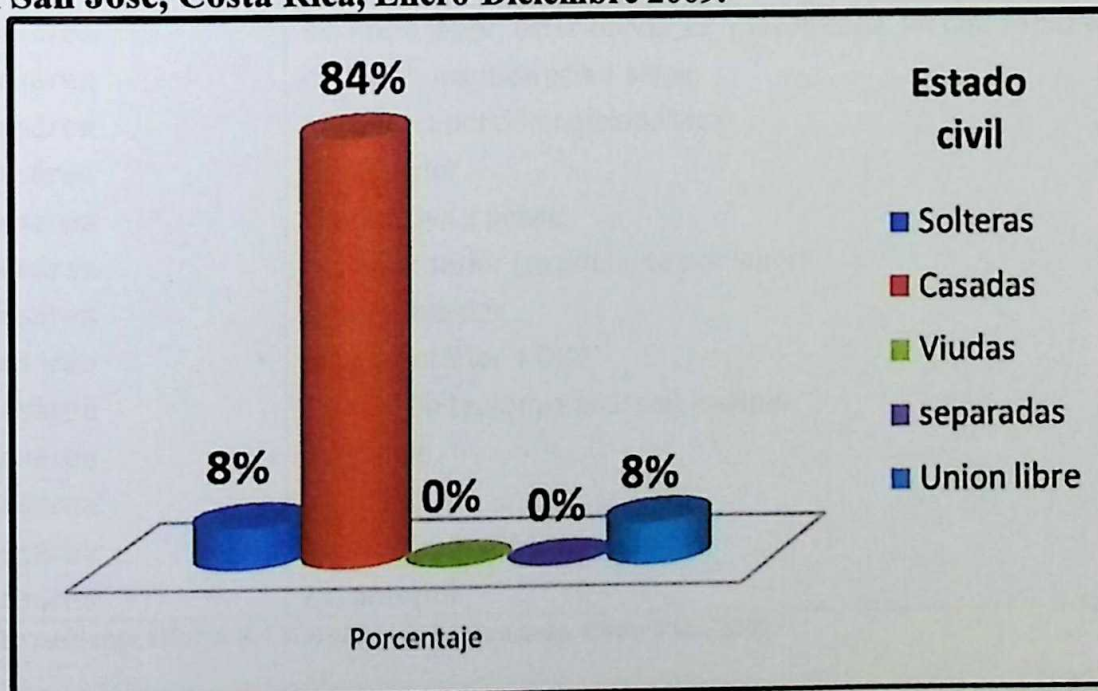
Haciendo referencia y comparación del gráfico anterior demuestra que la mayoría de las mujeres completaron sus estudios universitarios, mostrando estabilidad económica para poder escoger su tipo de parto, de ellas el 77% en su fase de gestación trabajaron, y el 23% no trabajaron debido a licencia de maternidad y disfrutar el desarrollo de su embarazo.

**Cuadro #23. Estado civil de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Diciembre, 2009.**

ESTADO CIVIL	Cantidad	Porcentaje
Solteras	2	8%
Casadas	22	84%
Viudas	0	0%
Separadas	0	0%
Unión libre	2	8%
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>

Fuente: Expediente clínico del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2009.

**Gráfico # 7. Estado civil de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Diciembre 2009.**



Fuente: Cuadro #23. Estado civil de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Diciembre, 2009.

El mayor porcentaje corresponde al de mujeres casadas con un 84%, eso quiere decir que tienen al apoyo de su pareja para enfrentar los retos de ser padres, mayor estabilidad para el bebé tanto económicos y emocional. El siguiente rubro con un 8 %

corresponde a las mujeres embarazadas y solteras, reto de mayor dificultad por estar sin cónyuge y sin compañero sentimental responsable. Asumiendo el papel de padre y el rol en las responsabilidades de educación, alimento, entre otras...

**Cuadro #24. Razones de parto por cesárea en las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Diciembre 2009.**

	TIPO DE PARTO	CX: R
1	Cesárea	Feto Pélvico, placenta envejecida, oligoamnios
2	Cesárea	Contracciones
3	Cesárea	empezó labor, 3 cm, hernia disco Ls, 29
4	Cesárea	electiva cx: anterior
5	Cesárea	electiva DCP, pelvis estrecha
6	Cesárea	cx: H te SFA, RECEN, LUFP
7	Cesárea	cx: emb. 35,5
8	Cesárea	cx: + salpingectomía
9	Cesárea	cx: + salpin
10	Cesárea	cx: oligoamnios the 3
11	Cesárea	cx: DCP + salpin RY
12	Cesárea	cx: programada
13	Cesárea	cx: inicia labor, termina cx, + hist, + salp, acretismo placentario + shock hipovo
14	Cesárea	cx: inicia labor, estacionada, cx, meconizada 3-4 cm. 11:50 y 5 cm 18:30
15	Cesárea	cx: RCIU, insuficiencia + salpin
16	Cesárea	cx: desproporción cefalopélvica
17	Cesárea	cx: anterior
18	Cesárea	cx: electiva x pelvic
19	Cesárea	cx: cx, anterior (se adelanta por labor)
20	Cesárea	cx: cx, anterior
21	Cesárea	cx: cx, anterior + DCP
22	Cesárea	cx: por fibitECTOMIA bilateral + salpin
23	Cesárea	cx: pelvíc
24	Cesárea	cx: elective
25	Cesárea	cx: por labor estacionada
26	Cesárea	cx: anterior

Fuente: Expediente clínico del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2009.

Se revisaron 26 expedientes al azar de las mujeres hospitalizadas durante el periodo 2009, y las causas por cesárea se muestran en el cuadro anterior, muchas de las cesáreas se realizaron por criterio médico debido a la condición materna que ponía en riesgo la vida de ellas o la vida del producto en caso de nacimiento por vía vaginal, otras causas de cesárea fueron realizadas a manera de emergencia y otras por decisión propia

de la madre. El porcentaje que representa las razones médicas con el 30% en contra de un 70% que tuvieron la opción de elegir la cesárea como vía del nacimiento del bebé, incluyendo programada o electiva.

(2009).Cesárea anterior: (23%)
(2009).Salpingectomía: (19%)
(2009).Feto pélvico: (8%)
(2009)DCP: (8%)
(2009).Salpingectomía+histerectomía+ sufrimiento fetal agudo + acretismo placentario +shock hipovolémico (4%)

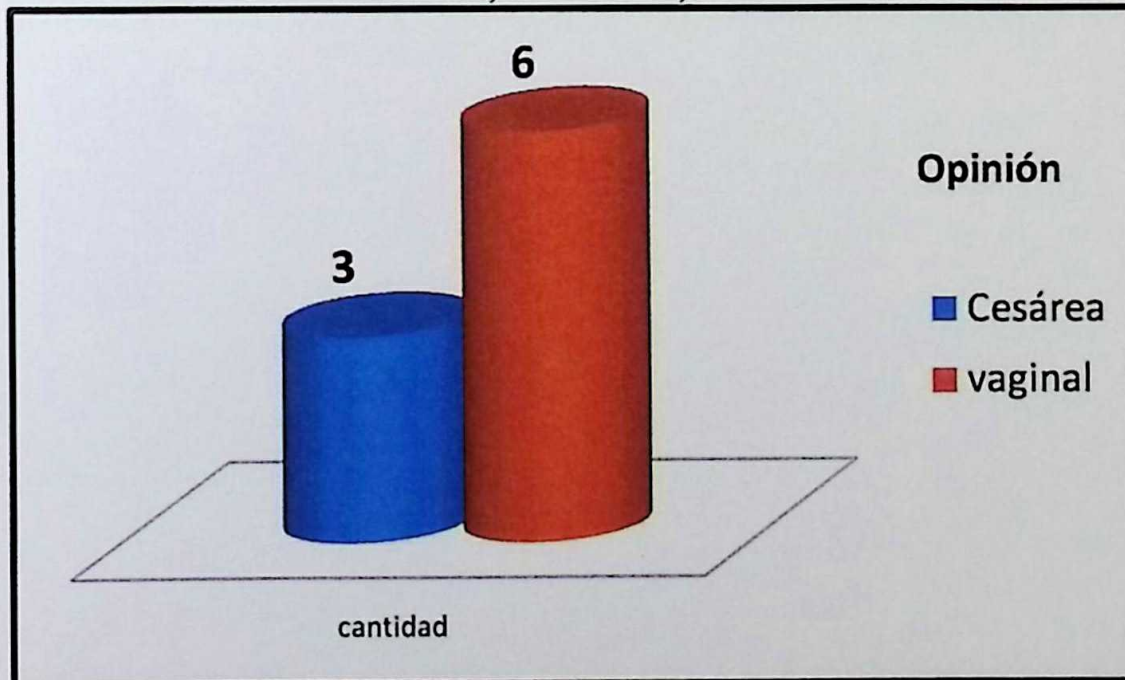
(2010).Cesárea anterior: (20%)
(2010).Salpingectomía (17%)
(2010).Programada: (12%)
(2010). Oligoamnios (7%)
(2010)DCP: (8%)
(2010). Oligoamnios (7%)

**Cuadro # 25. Opinión de las enfermeras de maternidad y neonatos, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Febrero 2010.**

Opinión de las enfermeras de Maternidad y Neonatos	Preferencia
No quiero sentir dolor y que el suelo pélvico se baje, en mi caso tuve dos cesáreas	Cesárea
Prefiero parto natural, solo en caso de emergencia aceptaría la cesárea	Vaginal
Tuve dos cesáreas, no destruiría mi periné, con un parto normal	Cesárea
Solo en caso de emergencia o complicaciones me realizó la cesárea	Vaginal
De acuerdo con las cesáreas, y por razones materno fetales que lo ameriten por ejemplo en caso de los partos traumáticos	Cesárea
Preferiblemente parto natural la recuperación es más fácil y es la forma natural del bebé nacer, en mi caso tuve 4 cesáreas	Vaginal
Por problemas en las caderas, la 1era desde los 15 años llegué hasta 6 de dilatación se realizó cesárea, en la 2da: a los 16 años fue programada, 3era: a los 21 años llegó a término y la 4ta me dieron vadosilan para disminuir las contracciones, y no me podían operar ya que la p/a me bajó mucho	Vaginal
Tuve mi primer y único parto por vía vaginal el cual fue a los 19 años y peso 4300 gramos, no me haría cesárea, solo PRN	Vaginal
Parto vaginal con epidural, cesárea solo PRN	Vaginal
Parto vaginal aunque tuviera que escoger, mis dos hijos nacieron de esa forma	Vaginal

Fuente: comunicación personal a las enfermeras de maternidad y neonatos del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.

**Gráfico # 8. Opinión de las enfermeras de maternidad y neonatos, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Febrero 2010.**



Fuente: Cuadro#25 Opinión de las enfermeras de maternidad y neonatos, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Febrero 2010.

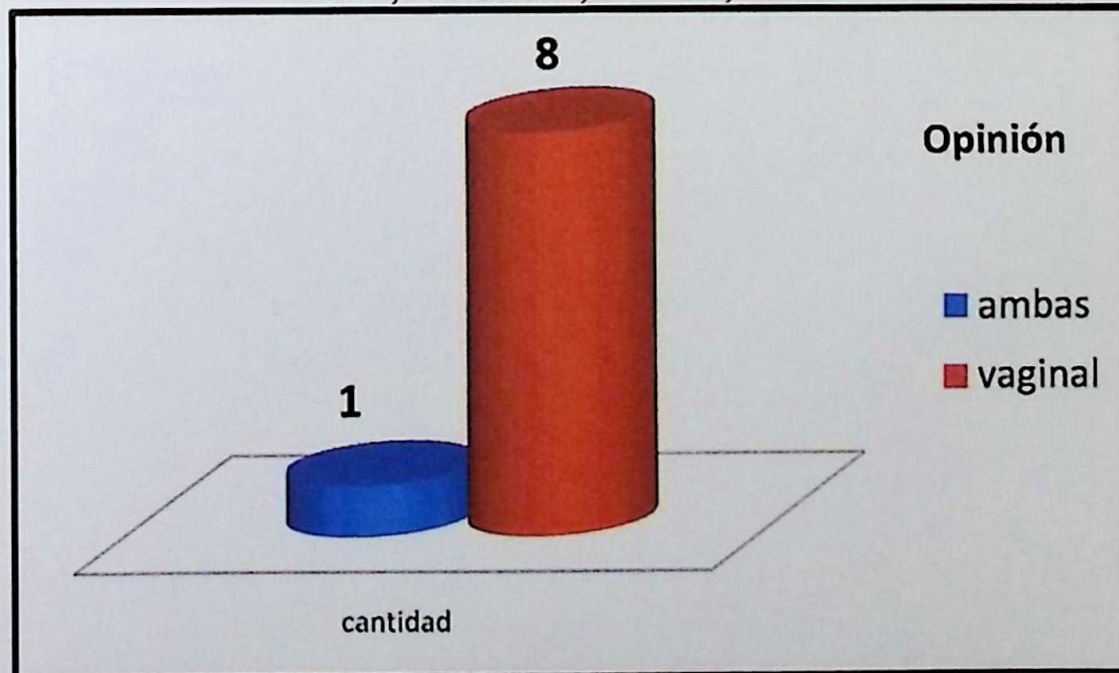
Se entrevistó un total de nueve enfermeras del servicio de neonatos y del servicio de maternidad del Hospital CIMA San José. Dichas enfermeras tienen amplia experiencia en este campo, de las cuales tres de ellas están de totalmente de acuerdo con la realización de las cesáreas, dos del total de enfermeras entrevistadas refieren estar de acuerdo con la desición materna o como ellas le llaman “por gusto propio”, y la tercera enfermera entrevistada refiere que en casos traumáticos y razones materno fetales (es decir en caso de emergencia). Seis de ellas refieren estar en desacuerdo total con las cesáreas.

**Cuadro #26. Opinión de otras mujeres, fuera del área Hospitalaria Alajuela-San José, Costa Rica, Febrero, 2010.**

Opinión de otras encuestadas fuera del área Hospitalaria	Preferencia
11 Considero que es mejor el parto vaginal, en mi caso tenía el cuello cerrado y el bebé venía sentada. Me hicieron cesárea estuve internada en el Hospital 15 días por fiebres e infección de la herida.	vaginal
12 Es mejor parto natural y la recuperación es mejor, sin embargo, fui cesárea intraparto, pero me fue bien con la cesárea.	vaginal
13 La cesárea la recuperación es más lenta, le herida quirúrgica dura en sanar por dentro. en caso que lo amerite o sea u riesgo para la madre.	vaginal
14 Tuve mis 4 hijos de manera natural.	vaginal
15 Mis 5 hijos fue por parto natural, aunque tuviera que elegir sería por parto natural, mejor la Recuperación.	vaginal
16 Si todo marchará bien con mi embarazo, acepto las dos opciones.	ambas
17 Cesárea sólo en caso de complicación.	vaginal
18 Médico femenina: Estoy de acuerdo en casos con pelvis inadecuada para parto natural, o producto grande para la edad gestacional ó emergencias de distocias, sangrado del 3er trimestre, enfermedad materna que contraindique parto. No por cesárea lectivas que la mujer se antoja no parir como en muchos casos, mejor vía natural y el desarrollo humano por el canal vaginal, o que el médico quiera hacer plata por cada cesárea.	vaginal
19 De acuerdo con parto natural, así nacieron mis 3 hijos. Nacen más despiertos y en mejor condición, más activos.	vaginal

Fuente: comunicación personal otras mujeres fuera del área Hospitalaria. Alajuela-San José, Costa Rica, 2009

**Gráfico # 9. Opinión de otras mujeres, fuera del área Hospitalaria Alajuela-San José, Costa Rica, Febrero, 2010.**



Fuente: Cuadro#26 Opinión de otras mujeres, fuera del área Hospitalaria Alajuela-San José, Costa Rica, Febrero 2010.

Se entrevistaron a 9 personas fuera del área hospitalaria en donde opinaron que están totalmente en desacuerdo con las cesáreas, que solo aceptarían la realización de la cesárea en caso de alguna emergencia o alguna complicación.

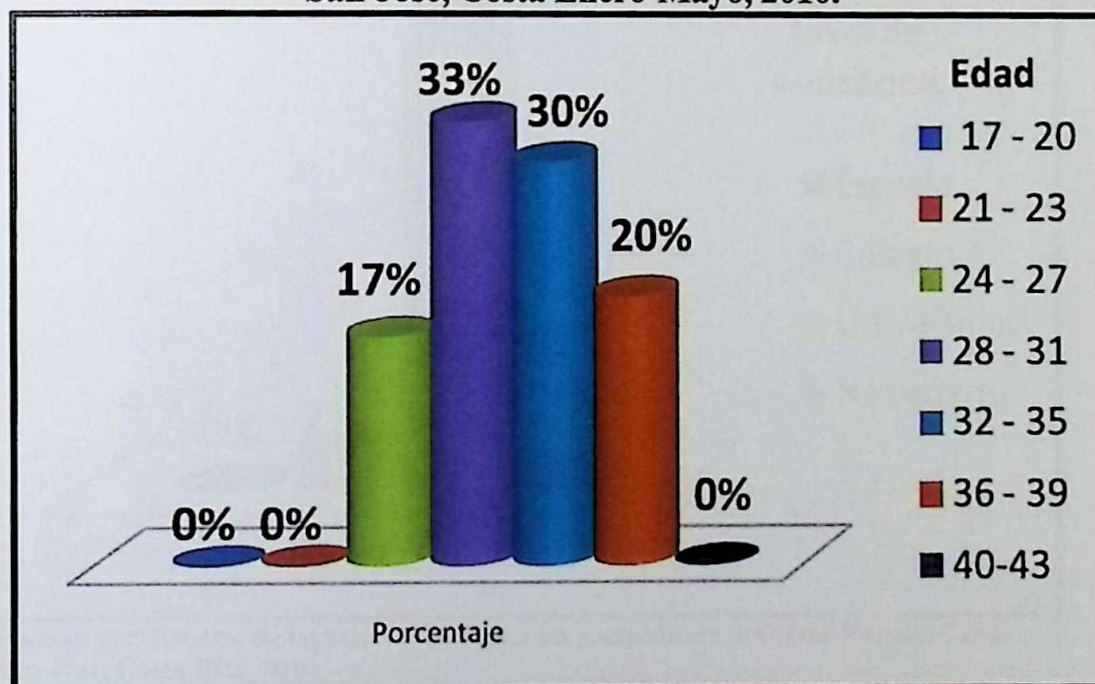
Fue interesante saber la opinión de ambos grupos y la opinión de las mujeres fuera del área hospitalaria que la mayoría está de acuerdo con el parto vaginal, contrario en el caso de las enfermeras que tres de ellas preferían cesárea, siendo personal de salud sabiendo los riesgos y las implicaciones de ésta práctica, aún así se da la tendencia de algunas de ellas por la cesárea.

**Cuadro # 27. Edad de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Enero-Mayo, 2010.**

Edades	Cantidad	Porcentaje
17 – 20	0	0%
21 – 23	0	0%
24 – 27	5	17%
28 – 31	10	33%
32 – 35	9	30%
36 – 39	6	20%
40-43	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario de las mujeres embarazadas y, expediente clínico del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.

**Gráfico # 10. Edad de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Enero-Mayo, 2010.**



Fuente: Cuadro# 27 Edad de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Mayo, 2010.

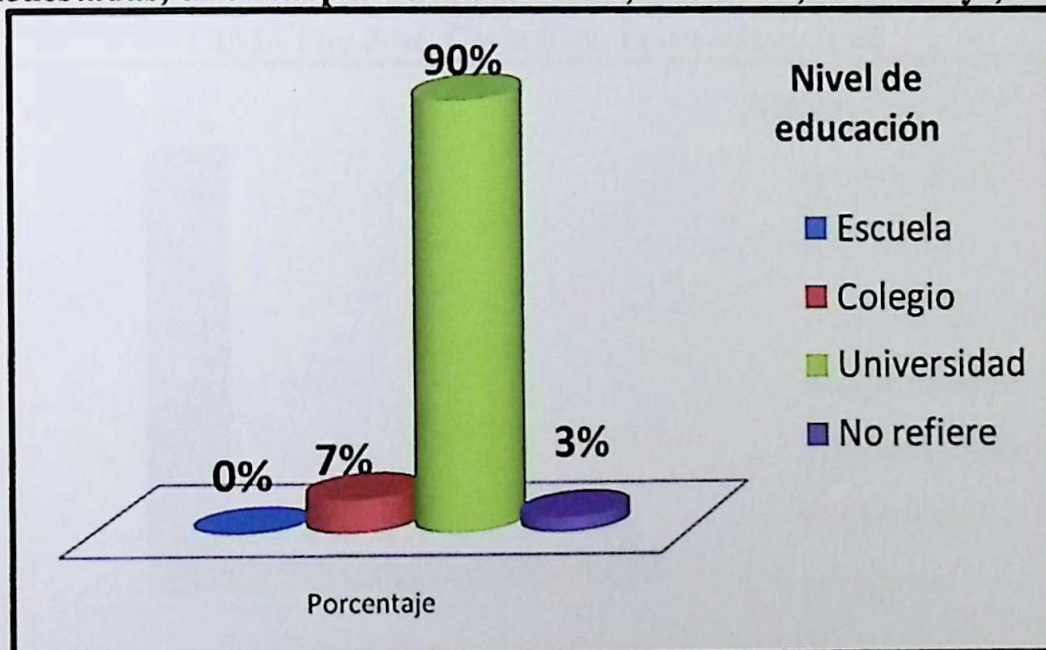
Se contó con la participación de 30 mujeres embarazadas para el año 2010 donde comprendieron entre 24 a 39 años. La edad de las mujeres embarazadas en el Hospital CIMA San José registró mayor porcentaje entre las edades de 28 a 31 años, estas representadas por un 33% siendo el mayor rango. Un 30% entre las edades de 32 a 35 años, 20% para las edades entre 36 a 39 años. Y la menor cifra registró 17% con las edades entre 24-27 años. Se ratifica que para los primeros 5 meses del año 2010, no se registran menores de edad sometidos a cesárea.

**Cuadro # 28. Nivel de educación alcanzada de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Mayo, 2010.**

EDUCACIÓN ALCANZADA	CANTIDAD	Porcentaje
Escuela	0	0%
Colegio	2	7%
Universidad	27	90%
No refiere	1	3%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario de las mujeres embarazadas y, expediente clínico del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.

**Gráfico # 11. Nivel de educación alcanzada de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Mayo, 2010.**



Fuente: cuestionario de las mujeres embarazadas y, expediente clínico del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.

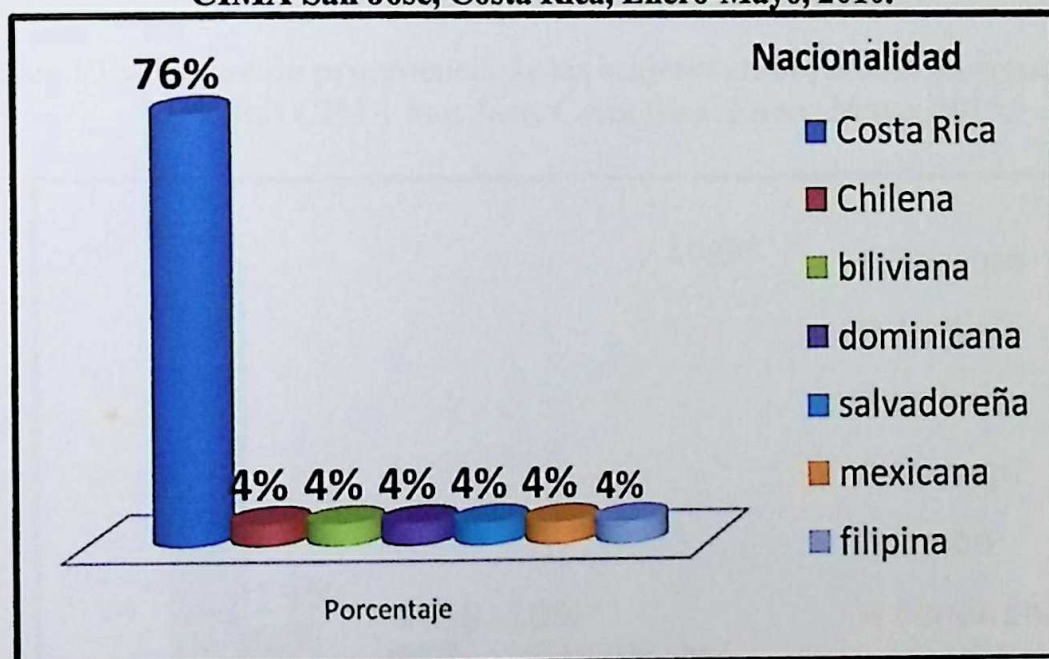
En la muestra, el número de las mujeres embarazadas que refieren tener un nivel de educación universitario es representado por un 90%, un 7% para aquellas que lograron sacar el colegio, y 3% de ellas no refieren grado académico obtenido.

**Cuadro # 29. Nacionalidad de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Mayo, 2010.**

NACIONALIDAD	CANTIDAD	Porcentaje
Costa Rica	23	76%
Chilena	1	4%
Boliviana	1	4%
Dominicana	1	4%
Salvadoreña	1	4%
Mexicana	1	4%
Filipina	1	4%
Total	30	100%

Fuente: cuestionario de las mujeres embarazadas y, expediente clínico del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.

**Gráfico # 12. Nacionalidad de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Mayo, 2010.**



Fuente: Cuadro#29. Nacionalidad de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Mayo, 2010.

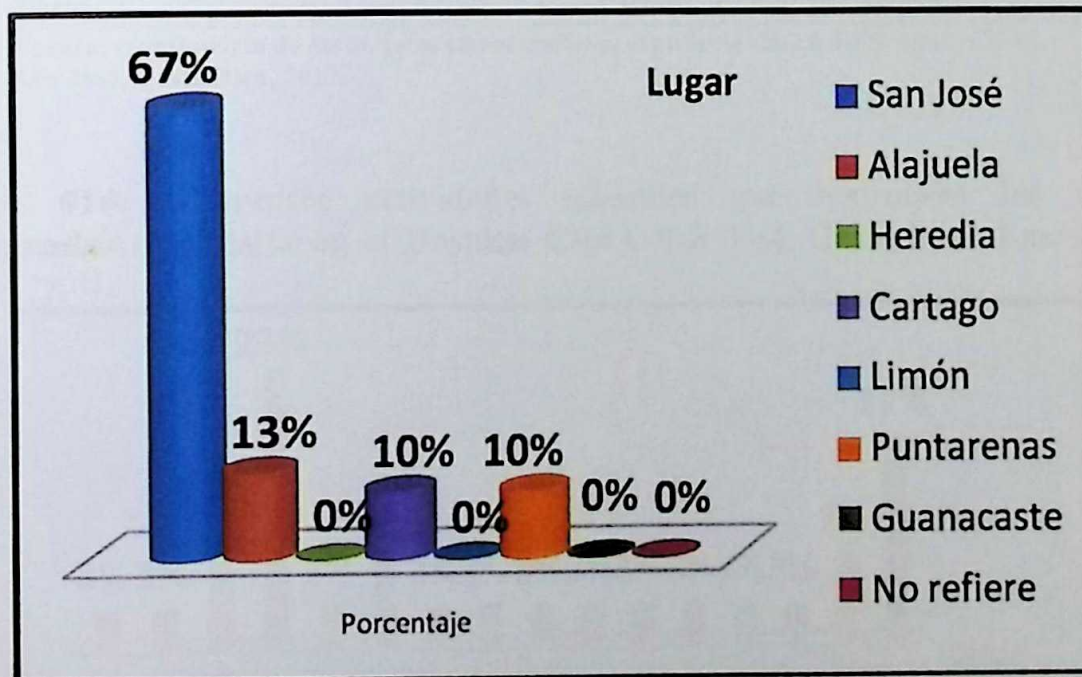
Se observa la diversidad cultural y de países que visitan las instalaciones del Hospital Cima, para la realización de cesárea. Algunas de las mujeres embarazadas son de Chile, Bolivia, República Dominicana, Salvador, México, Filipinas, representan un 4%, y el 76% son las pacientes nacionales atendidas en el área de maternidad. Esto nos permite preguntar ¿Cuál es la preparación que tienen acerca del parto? Las pacientes que provienen de diferentes lugares.

**Cuadro #30. Lugar de procedencia de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Mayo, 2010.**

Lugar	Cantidad	Porcentaje
San José	20	67%
Alajuela	4	13%
Heredia	0	0%
Cartago	3	10%
Limón	0	0%
Puntarenas	3	10%
Guanacaste	0	0%
No refiere	0	0%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario de las mujeres embarazadas y expediente clínico del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.

**Gráfico #13. Lugar de procedencia de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Mayo, 2010.**



Fuente: Cuadro #30. Lugar de procedencia de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Mayo, 2010.

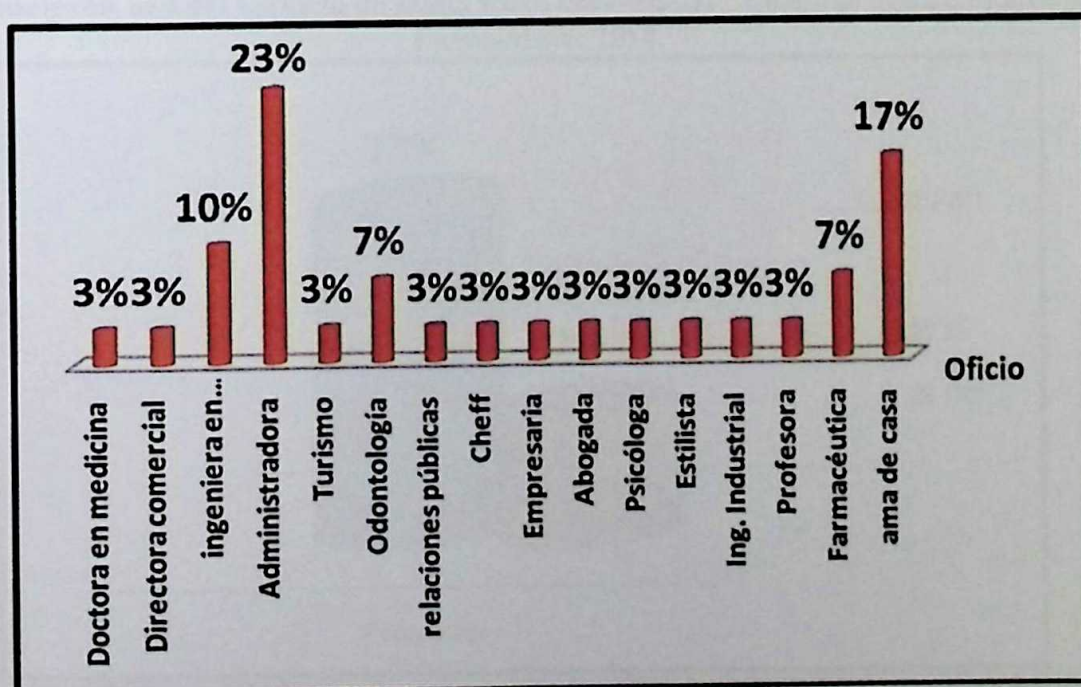
Las mujeres embarazadas provenientes de San José representan el 67 %, El 13% es representado por las que viven en Alajuela, el 10% son las mujeres embarazadas que viven entre Cartago y Puntarenas.

**Cuadro #31. Diferentes actividades laborales que realizaban las mujeres embarazadas que visitaron el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Mayo, 2010.**

Oficio	Cantidad	Porcentaje
Doctora en medicina	1	3%
Directora comercial	1	3%
Ingeniera en sistemas	3	10%
Administradora	7	23%
Turismo	1	3%
Odontología	2	7%
Relaciones públicas	1	3%
Cheff	1	3%
Empresaria	1	3%
Abogada	1	3%
Psicóloga	1	3%
Estilista	1	3%
Ing. Industrial	1	3%
Profesora	1	3%
Farmacéutica	2	7%
Ama de casa	5	17%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: cuestionario de las mujeres embarazadas y, expediente clínico del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.

**Gráfico #14. Diferentes actividades laborales que realizaban las mujeres embarazadas que visitaron el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Mayo, 2010.**



Fuente: Cuadro # 31. Diferentes actividades laborales que realizaban las mujeres embarazadas que visitaron el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Mayo, 2010.

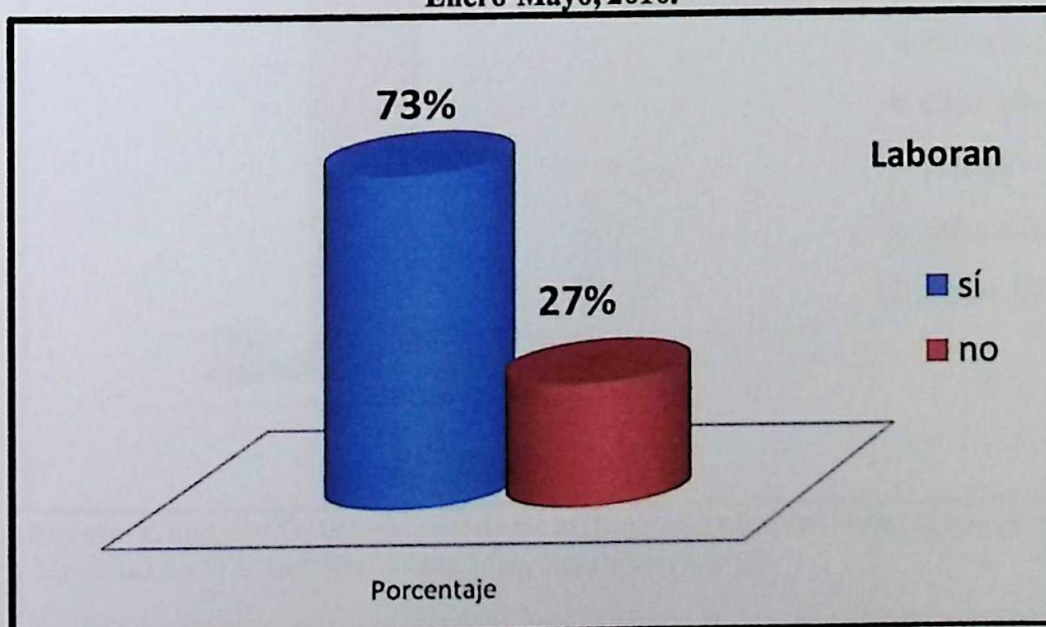
Como se observa en el cuadro #31, el 23% corresponde a profesionales en administración para un total de siete mujeres. Un 17%, ama de casa de las cuales dos completaron el colegio y tres son universitarias, un 10% profesionales en ingeniería en sistemas corresponde a 3 mujeres, un 7% corresponde a profesionales en farmacia correspondiente a dos mujeres, otro 7% corresponde a dos odontólogas, y un 3 % corresponde a una mujer en las siguientes profesiones: una doctora en medicina, una directora comercial, una ingeniera en sistemas, una profesional en turismo, una profesional en relaciones públicas, una es Cheff, una empresaria, una Licda en Derecho, una Licda en Psicología, una estilista, una ingeniera industrial y una profesora.

**Cuadro #32. Porcentaje de usuarias que se mantuvieron trabajando en estado de gravidez y que hicieron uso del servicio de maternidad del Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Mayo, 2010.**

TRABAJAN ACTUALMENTE	Cantidad	Porcentaje
Sí	22	73%
No	8	27%
TOTAL	30	100%

Fuente: cuestionario de las mujeres embarazadas y, expediente clínico del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010

**Gráfico #15. Porcentaje de usuarias que se mantuvieron trabajando en estado de gravidez y que hicieron uso del servicio de maternidad del Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Mayo, 2010.**



Fuente: Cuadro #31 Porcentaje de usuarias que se mantuvieron trabajando en estado de gravidez y que hicieron uso del servicio de maternidad del Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Mayo, 2010.

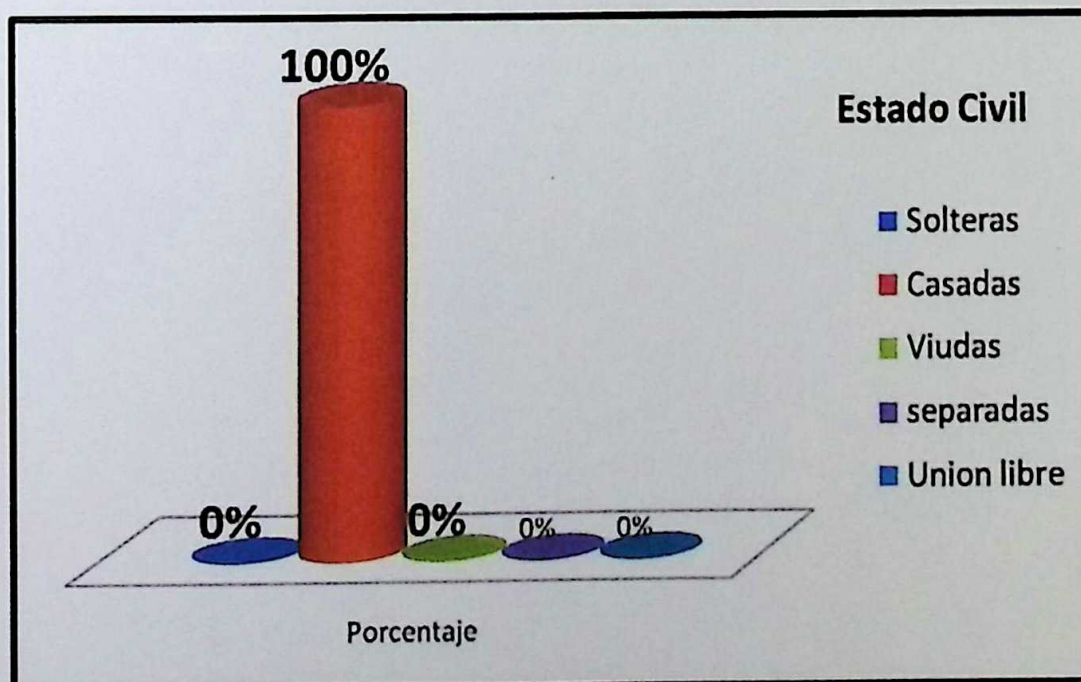
La población de mujeres embarazadas que trabajan representa un 73%, y un 27 % refiere que no trabaja, en la gráfica anterior muestra que el 83% están preparadas y poseen un grado académico, el 17% representa que son ama de casa, mas sin embargo algunas de ellas consideran que este oficio es tomado en cuenta como trabajo.

**Cuadro # 33. Estado civil de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Mayo, 2010.**

ESTADO CIVIL	Cantidad	Porcentaje
Solteras	0	0%
Casadas	30	100%
Viudas	0	0%
Separadas	0	0%
Unión libre	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente: cuestionario de las mujeres embarazadas y, expediente clínico del Hospital CIMA San José, Costa Rica 2010.

**Grafico # 16. Estado civil de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Mayo, 2010.**



Fuente: Cuadro #33. Estado civil de las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Mayo, 2010.

El porcentaje de las mujeres que representan el estado civil de casadas es el 30% en su totalidad. Teniendo la compañía y apoyo del esposo durante el proceso del parto por cesárea. Algunas de las causas de cesárea no fue meramente una situación de emergencia o que amerite un procedimiento quirúrgico sino entre ellas razones médicas, emotivas, y estéticas. En el cuadro # 34 se observan las razones reales de la cesárea, y se obtiene un 67% donde la elección es de los padres por ser programadas o ser cesáreas anteriores.

**Cuadro #34. Razones de parto por cesárea en las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Enero-Mayo, 2010.**

	<b>TIPO DE PARTO</b>	<b>Cx: RAZÓN</b>
1	Cesárea	cx: Anterior+DCP
2	Cesárea	cx: Oligoamnios severo
3	Cesárea	cx: Circular+DCP
4	Cesárea	cx: Sapingect
5	Cesárea	cx: Producto preferencial
6	Cesárea	cx: Ant+inicio contracc
7	Cesárea	cx: Inducción fallida+DCP+cir cordon
8	Cesárea	cx: Hta gestacional+oligoamnios
9	Cesárea	cx: Electiva+dcp
10	Cesárea	cx: Anterior
11	Cesárea	cx: Dcp
12	Cesárea	cx: Rpm+dcp
13	Cesárea	cx: Otb
14	Cesárea	cx: Dcp+macrosomía fetal
15	Cesárea	cx: Antecedente parto traumatico
16	Cesárea	cx: Dcp
17	Cesárea	cx: Oligomanios leve en nst dip I ocasional
18	Cesárea	cx: Sufrimiento fetal agudo+taquicardia
19	Cesárea	cx: Programada
20	Cesárea	cx: Salpin g2 26 años
21	Cesárea	cx: Ant+ salpingectomia +bilateral
22	Cesárea	cx: Anterior
23	Cesárea	cx: Programada
24	Cesárea	cx: Dcp+salping
25	Cesárea	cx: Programada
26	Cesárea	cx: Anterior+otb g4
27	Cesárea	cx: Síndrome fetal agudo
28	Cesárea	cx: Programada
29	Cesárea	cx: Anterior+DCP
30	Cesárea	cx: Pélvico+perdida de líquido+contracciones

Fuente: cuestionario de las mujeres embarazadas y, expediente clínico del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.

Como se puede observar en el cuadro anterior fueron 30 las mujeres embarazadas entrevistadas en el periodo 2010, a donde se les practicó la cesárea por indicación médica; entre ellas dos pacientes con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo, dos por oligoamnios, siete de estas mujeres se les realizó cesárea por tener antecedente de cesárea anterior, cuatro por cesárea ya programada (por elección propia), seis de ellas por

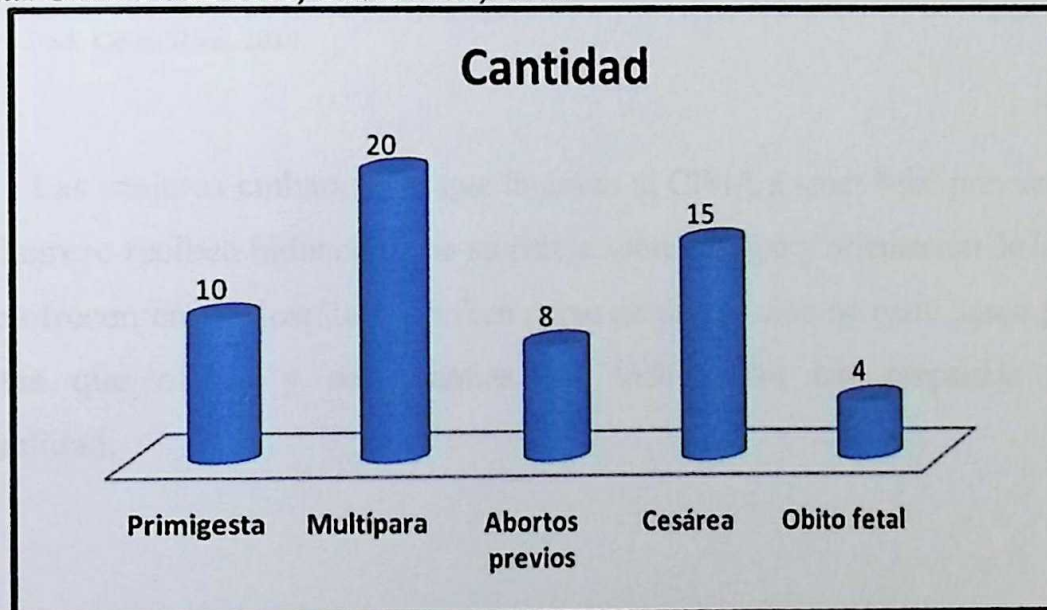
desproporción céfalo pélvica. El 33% representa razones médicas que ameritan cesárea. Y el 67 % representan aquellas que eligieron la cesárea por decisión, propia, electiva, programa o cesárea anterior.

**Cuadro #35. Antecedentes ginecológicos de la mujeres embarazadas que visitaron el Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.**

Antecedentes	Cantidad
Primigesta	10
Múltipara	20
Abortos previos	8
Cesárea Anterior	15
Obito fetal	4

Fuente: Cuestionario de la mujeres embarazadas y expediente clínico del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.

**Gráfico #17. Antecedentes ginecológicos de la mujeres embarazadas que visitaron el Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.**



Fuente: Cuadro #35. Antecedentes ginecológicos de la mujeres embarazadas que visitaron el Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.

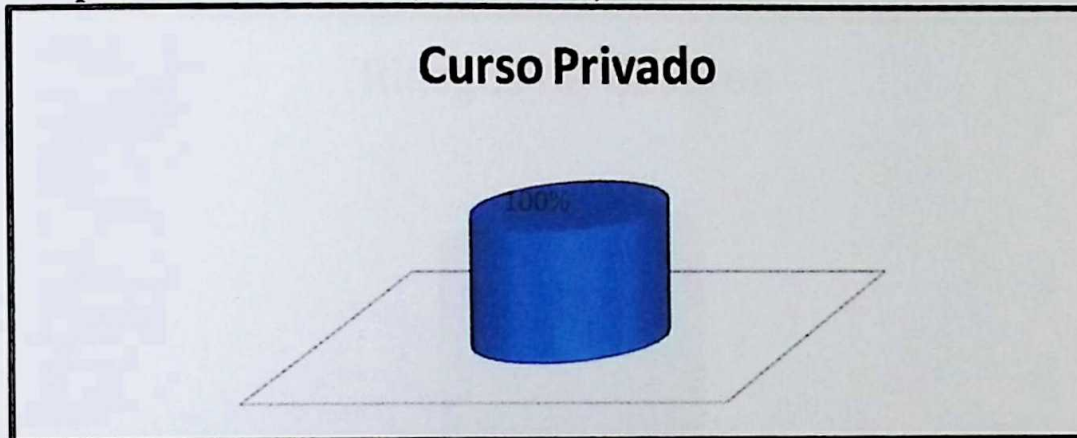
De las 30 mujeres embarazadas que se entrevistaron y llenaron el cuestionario, 10 eran primigestas, 20 múltiparas de las cuales en este rango incluye las que tuvieron en algún momento uno o dos abortos y óbito fetal, agregando que tuvieron cesáreas anteriores (dos o más hijos).

**Cuadro #36. Recibió con su pareja preparación al parto antes de la estadía en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.**

Curso Privado	100%
---------------	------

Fuente: Cuestionario de las mujeres embarazadas y expediente clínico del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010

**Gráfico #18. Recibió con su pareja preparación al parto antes de la estadía en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.**



Fuente: Cuadro #36. Recibió con su pareja preparación al parto antes de la estadía en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.

Las mujeres embarazadas que ingresan al CIMA a tener bebé previamente antes de su ingreso reciben inducción con su pareja sobre el lugar y orientación de los servicios que se ofrecen en el Hospital y reciben curso de preparación de parto como parte de los paquetes que ofrece y se garantiza que toda madre esté preparada para dicha eventualidad.

**Cuadro #37. Fue informada sobre los riesgos de cesáreas, durante su estadía en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.**

Riesgos de Cesárea	100%
--------------------	------

Fuente: Cuestionario de las mujeres embarazadas y expediente clínico del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.

**Gráfico #19. Fue informada sobre los riesgos de cesáreas, durante su estadía en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.**



Fuente: Cuadro #37. Fue informada sobre los riesgos de cesáreas, durante su estadía en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.

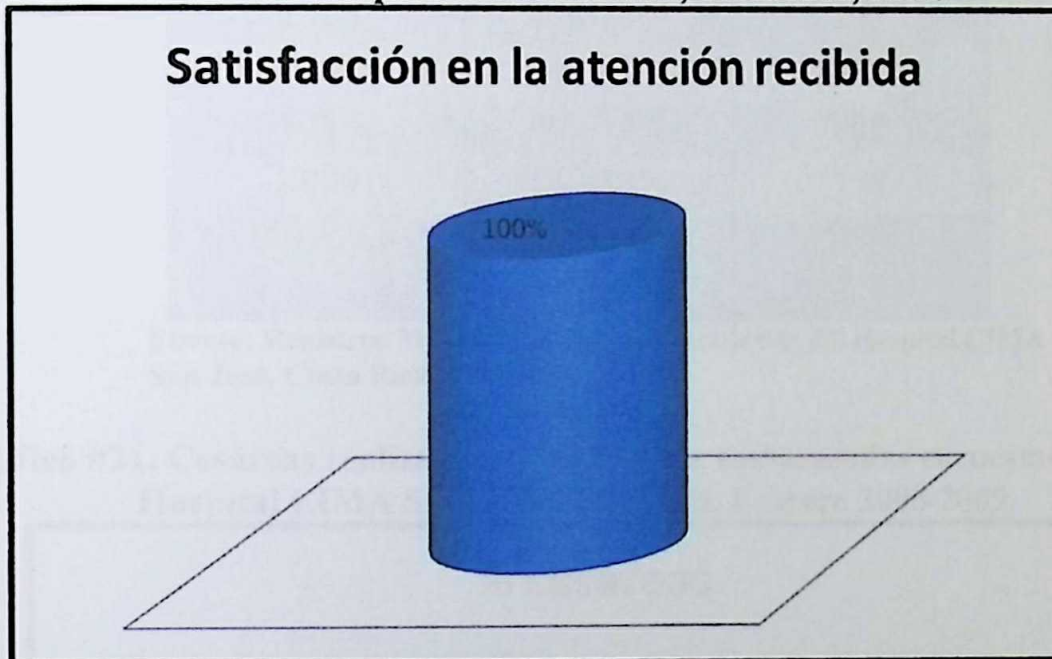
Como parte de la orientación que recibe la mujer embarazada y su pareja, se les explica los posibles riesgos de las cesáreas, el tipo de cesárea realizada y uso de anestesia. Existe un consentimiento informado que la madre recibe para que coloque su firma y número de cédula que está de acuerdo con el procedimiento en donde refiere que ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos y mortalidad. Ver en anexos.

**Cuadro #38. Se siente satisfecha con la atención brindada en el área de maternidad del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.**

Satisfacción en la atención recibida	100%
--------------------------------------	------

Fuente: Cuestionario de las mujeres embarazadas y expediente clínico del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.

**Gráfico #20. Se siente satisfecha con la atención brindada en el área de maternidad del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.**



Fuente: Cuadro #20. Se siente satisfecho con la atención brindada en el área de maternidad del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2010.

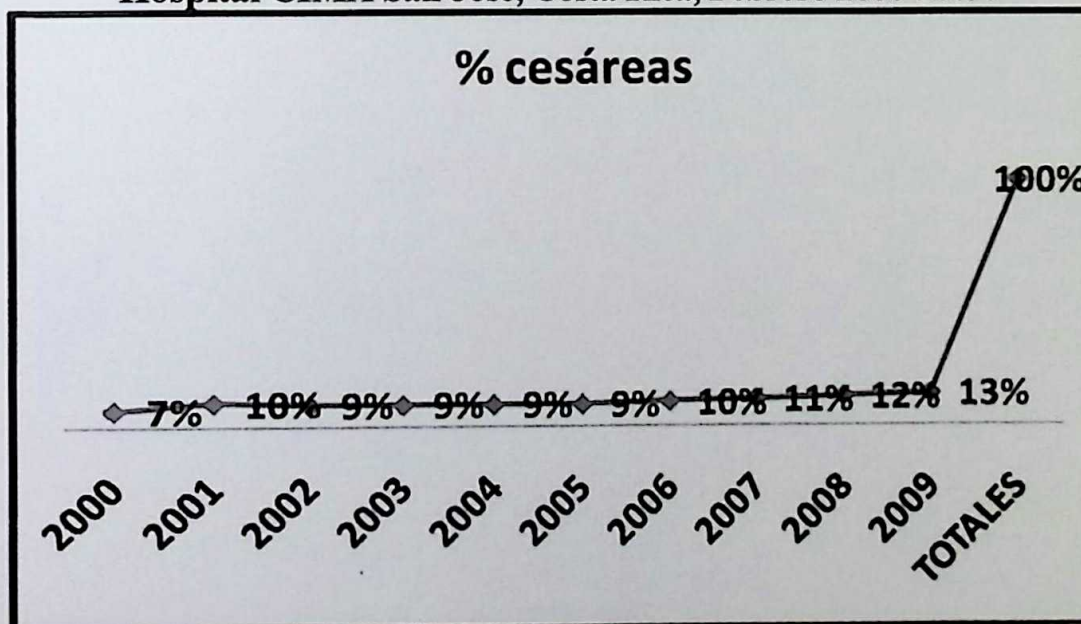
El 100% de las mujeres que estuvieron en el área de maternidad, se les brindó educación desde su ingreso hasta egreso, sobre riesgos y complicaciones de la cesárea, valoración del sangrado, herida quirúrgica, lactancia materna, dieta postcesárea. Esto fue registrado en las notas de educación donde la paciente coloca su firma como señal de que entendió y recibió educación., quedando de satisfecha con los cuidados y acciones del personal de salud.

**Cuadro # 39. Cuadro de cesárea realizadas en las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Febrero 2000-2009.**

Año	Cx %	VAGINAL
2000	273-7%	131
2001	393-10%	170
2002	363-9%	157
2003	380-9%	307
2004	367-9%	140
2005	374-9%	160
2006	388-10%	182
2007	448-11%	152
2008	497-12%	225
2009	533-13%	138
TOTALES	4016-100%	1762

Fuente: Registros Médicos y, Libro de nacimientos del Hospital CIMA San José, Costa Rica, 2000-2009.

**Gráfico #21. Cesáreas realizadas en las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Febrero 2000-2009.**



Fuente: cuadro #35 Cesáreas realizadas en las mujeres embarazadas encuestadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica, Febrero, 2000-2009.

En el 2009 fue el año de mayor cantidad de cesáreas realizadas con un 13%, el siguiente año fue el 2008 representado por un 12%, seguido luego del año 2007 con un 11%

# CONCLUSIONES

## Conclusiones

- ✓ Es necesario afirmar que esta investigación se llevó a cabo en 2 etapas:
  - 1- Teórica: se realiza análisis de expedientes durante los meses de Octubre a Diciembre del 2009.
  - 2- Práctica: observación participante y entrevistas a profundidad del personal de salud durante el primer trimestre del año 2010 y las entrevistas de las pacientes embarazadas durante el mismo período de tiempo, en donde se logró alcanzar los objetivos y conocer las principales causas de cesárea.
- ✓ Al finalizar la investigación, se observa los resultados 2009-2010 y las respuestas que aportan las mujeres embarazadas entrevistadas, para el cumplimiento de la investigación con el fin de conocer las causas de cesárea. Se analiza que el mayor rubro revelado de cesáreas realizadas en el Hospital CIMA, fue en el año 2009, registrando un 13% a diferencia de años anteriores por ejemplo en el 2008 fue del 12% y para el año 2007 un 11%. Estas cifras cada vez van en aumento y descontrol, lo que antes parecía una solución ahora es un problema, ya que las cesáreas se realizan cada día y de manera frecuente.
- ✓ Se tiene la ventaja que se vive en un país con una posición geográfica favorable y de turismo médico que han alcanzado las expectativas de muchos extranjeros, para la realización de muchas cirugías la cual también incluye la cesárea, pero esto es una responsabilidad ante Dios y la sociedad si son adecuadamente realizadas y justificadas.
- ✓ Dios es el autor de toda sabiduría, toda inteligencia, todo talento y hace discernir lo correcto e incorrecto ante una práctica de éstas, es una infracción de los derechos de la paciente el no informar (consentimiento informado) sobre riesgos, complicaciones, a los padres y familiares sobre esta práctica.
- ✓ Es imperiosa e inminente la labor de coordinar y concientizar en el ámbito de capacitación y dentro del marco legal y ético de los diferentes gremios de la salud: médicos, enfermería, pacientes y familia, sobre el uso de un procedimiento general para recopilar información sobre la cantidad de cesáreas que se realizan en los hospitales privados, como el Hospital Cima San José.

- ✓ Es necesario percatarse que el uso de una normativa formal para homogenizar criterios de protocolos sobre el uso racional de cesáreas, puede redundar en algo más que en un simple ahorro de costo; puede proporcionar satisfacción en la identificación de las pacientes embarazadas y producir una mejora notable en la estancia hospitalaria, costos y complicaciones inmediatas, a mediano y largo plazo postcesárea.
- ✓ El estudio demuestra que la **edad** registrada como preferente para la mayoría de las mujeres embarazadas para tener hijos es de los 28-31 años representando un 35% en el 2009 y para el 2010 una cifra del 33%.
- ✓ El **Nivel de educación profesional** alcanzado se observa que el porcentaje del 2009 es del 62% y para el año 2010 es del 90%
- ✓ Respecto a la **Nacionalidad**: el mayor porcentaje es a nivel nacional siendo un 80% costarricense que estuvieron hospitalizadas en el 2009, y para el 2010 un 90%.
- ✓ En cuanto al **Lugar de procedencia**: en el año 2009 el mayor porcentaje es representado por San José (47%) seguido de Heredia (19%), y en el 2010 San José (67%) y Alajuela (13%).
- ✓ Las madres que **trabajan** mostraron una cifra en el 2009 de un 77% y de las madres que no ejercen profesión equivale a un 23%. El resultado para el 2010 equivale a un 73% las madres que si trabajan y un 27% madres que no trabaja.
- ✓ **Estado civil**: El 84% de las madres a las que les realizaron cesárea en el 2009 son casadas de acuerdo a datos confidenciales del expediente de salud y un 100% de las mujeres entrevistadas en el 2010 son casadas.
- ✓ **Razón de cesárea**: para el año 2009-2010 los resultados muestran que las principales causa por ejemplo, los diagnósticos más frecuentes de cesárea se observar página: 100.
- ✓ Para el año 2009 se representan en la tabla anterior las causas más frecuentes de cesárea en el Hospital CIMA San José, se menciona que para el 2009 un 23% se realizó cesárea y para el 2010 un 20%, quiere decir que las razones o la decisión fue realizada por la pareja la forma de concebir a su bebé por haber pasado anteriormente por el proceso de la cesárea teniendo en cuenta complicaciones

posteriores, donde entra la parte estética en aquellas mujeres que son más jóvenes y son profesionales, presentando estabilidad económica y solvencia para poder llevar a cabo la cesárea.

- ✓ La segunda causa de cesárea en el CIMA es por la realización de salpingectomía, siendo elección de los padres dicho procedimiento.
- ✓ Para el 2009 se realizaron un 12% de cesáreas programadas donde el nacimiento del bebé fue elegido por conveniencia de los padres en el “periodo adecuado”.
- ✓ En el 2009 y 2010 se muestra un 8% para el diagnóstico de Desproporción cefalopélvica, esta causa fue realiza por petición de los padres y otras por razones médicas que lo ameritaban
- ✓ 2009: este es un caso de cesárea programada, la cual la paciente presentó: Salpingectomía, histerectomía, acretismo placentario, shock hipovolémico, quedando luego en cuidados intensivos por varios meses.
- ✓ 2010: hubo dos casos de pacientes embarazada con un rango del 7% que presentaban oligoamnios severo y la otra leve con un trazo de la frecuencia fetal con Dip I.
- ✓ 2009: Entre las edades de 21 a 27 años hay dos mujeres costarricenses las cuales tienen en común que son vecinas de San José, universitarias y solteras correspondiendo a un 8% de la muestra.
- ✓ Llama la atención que la edad de la mayor cantidad de mujeres en este periodo de tiempo ronda entre los 28 a 31 años, las cuales son nueve embarazadas correspondiendo a un 35% de las cuales seis son costarricenses, dos vecinas de Cartago universitarias, una abogada, una ingeniera industrial, una de Puntarenas, una de Cartago, una de Heredia que terminó el colegio, una vecina de Alajuela no refiere escolaridad, una chilena, una de china y una nicaragüense. En su mayoría casadas.
- ✓ Para el rango de edad entre 32-35 años, representadas por ocho mujeres embarazadas, todas son costarricenses, casadas y escolaridad universitaria, y viven en el área de San José.
- ✓ Entre las edades de 36-39 años, son cuatro las mujeres embarazadas tienen el grado académico universitaria que optaron por la carrera profesional de

administración, además todas casadas, dos costarricenses, una polaca y una estadounidense.

- ✓ 2010: Son cinco las mujeres entre las edades de 24-27 años, todas casadas, del área metropolitana de San José, tres de ellas costarricenses, una chilena y otra polaca, tres de ellas concluyeron la universidad y las otras dos completaron la secundaria.
- ✓ De 28-31 años todas las 10 (33%) mujeres, completaron la universidad, siete de ellas son costarricenses, y las demás representan a Bolivia, Salvador y Filipinas, vecinas de San José cinco de ellas, dos de Alajuela, dos de Cartago y una de Puntarenas.
- ✓ Las edades entre 32-35 años, todas terminaron sus estudios universitarios, de las nueve (30%), una representa a Mexicana, y las demás costarricenses, tres son de San José, dos de Alajuela, dos de Puntarenas y una de Cartago.
- ✓ El último rubro representa el rango entre 36-39 años para un total de seis mujeres embarazadas, todas ellas costarricenses; que viven en el sector de San José, cinco universitarias y una no da referencia, dos de ellas administradoras, dos farmacéuticas, una ingeniera industrial y otra profesora.
- ✓ **Enfermería:** En la opinión de enfermería es interesante observar que hay mayor criterio a favor de la cesárea, en comparación de la opinión de las mujeres que se entrevistaron a fueras del campus hospitalario, las cuales no presentan conocimientos científicos acerca de la realidad y la seriedad de este tema.
- ✓ El aumento en la incidencia de cesáreas cada vez es mayor, y muchas mujeres están dispuestas a pagar para “no sentir dolor”, muchas de ellas tienen la posibilidad de hacerlo, incluso después de firmar consentimientos que expliquen posibles riesgos, sin embargo deciden hacerlo ya que han tenido cesáreas anteriores. Ver cuadro # 18.
- ✓ Al terminar esta investigación se ha observado que la cesárea es un problema ante la sociedad, su tendencia así lo demuestra en la página#117, el aumento de las cesáreas a través de los años.
- ✓ Existe conocimiento por parte de las mujeres embarazadas y sus familias respecto a los riesgos que implican realizar una cesárea, a pesar de que se les brinda la

información en el consentimiento informado, estas personas parecen no ser conscientes del riesgo que están tomando al elegir un procedimiento como este. No debe demorarse más la divulgación, entre el personal de salud, de los riesgos de las cesáreas y los beneficios que traen el parto vaginal para la madre, el neonato y la economía de la familia. Observar consentimiento informado en anexos.

- ✓ Falta de Interés en la Investigación y Actualización: La deficiente comunicación de los profesionales de salud en Costa Rica, ha impedido el avance y actualización sobre el uso racional de la cesárea. El conocimiento actualizado que se tiene en el país sobre este procedimiento, es el resultado del esfuerzo personal de unos pocos profesionales de la salud que se han preocupado de la investigación y promover el parto vaginal como la mejor vía de nacimiento para el ser humano, a menos que sea estrictamente necesario por una emergencia obstétrica, materna o fetal.
- ✓ Inexistencia de políticas de atención uniforme: Hasta ahora, no se cuenta con políticas de atención que generalicen y estandaricen, en el Hospital CIMA San José, la realización de cesáreas.
- ✓ Resistencia al parto vaginal por parte de las madres: en este estudio se logró demostrar que la mayoría de las cesáreas eran programadas pero en su mayoría por voluntad de la madre embarazada, sin tener un factor de riesgo materno o fetal agregado que exigiera la cesárea como vía de nacimiento. Ir a los cuadros # 24 y 34 donde muestra las causas de cesárea.
- ✓ Mal aprovechamiento de los recursos existentes: Existen recursos materiales, económicos y sociales que, por conveniencia tanto médicos como pacientes aprovechan de manera irracional. Es así, que unos y otros sobre-utilizan la cesárea como vía de nacimiento, lo cual se logró demostrar en este estudio. Ver cuadro #24 y 34.
- ✓ Estudios realizados por la OMS (1996), han demostrado que la mejor vía recomendada para el nacimiento de cualquier ser humano es el canal de parto vaginal. *“En el parto normal deben existir razones muy válidas para interferir con el proceso natural”* ya que la cesárea tiene una mayor morbimortalidad materna, dada por las complicaciones infecciosas, hemorrágicas, anestésicas y

tromboembólicas, además de un período de recuperación y un costo mayor que el parto vaginal. (Operación cesárea, 1992).

- ✓ Los índices de cesárea se han elevado debido que: *"Para los médicos, la cesárea es más cómoda, porque permite planificar el momento de parto, fuera del horario de consultorio, Además, la cesárea dura apenas una hora mientras que en un parto normal requiere muchas horas de trabajo"* (Medical Journal). Es más rápido el procedimiento quirúrgico y la ganancia económica aumenta considerablemente, y ésta tendencia se puede observa en las 5 maternidades privadas del país según refiere. El periódico, La Nación y en su mayoría por elección de la paciente y pareja, en el Hospital Cima San José se llevo a la misma conclusión.
- ✓ Consideramos que la falta de datos en un registro electrónico se debe por falta de recopilación de datos que permitan visualizar fácilmente la información requerida.
- ✓ Otras de las razones por las cuales la madre elegía la razón de parto por cesárea se debió a razones estéticas, esto por el tipo de técnica utilizado por los médicos (segmentaria baja) las ventajas son que hay mejor cicatrización y conlleva a una cifra menor de infección además que se realiza en la parte inferior baja del abdomen.

# CAPÍTULO VI

## RECOMENDACIONES

## Recomendaciones

- ✓ Gestionar la creación de un registro de estadísticas en el Hospital CIMA San José, para la adecuada recolección de datos para futuras investigaciones de éste índole.
- ✓ Promover la educación a todo el personal de salud, pero principalmente a los médicos generales y especialistas en general para que de esta manera se logre identificar los casos que ameritan la realización de cesáreas y se logre brindar al paciente los protocolos de manejo y tratar de proveer una mejor calidad de atención disminuyendo el número de complicaciones innecesarias y la estancia hospitalaria.
- ✓ Proveer de amplia información a las pacientes y familiares respecto a las vías de nacimientos recomendadas por protocolos internacionales, dejando la cesárea como opción estricta para casos específicos como los mencionados en las conclusiones de este trabajo. Promover la educación mediante conferencias panfletos o carteles las recomendaciones internacionales por guías gineco-obstétricas de referencia, tanto a personal de salud como a pacientes y familiares.
- ✓ Estimular y divulgar información sobre los cursos de preparación para el parto.
- ✓ Fomentar el interés de los médicos, personal de enfermería y resto del personal en salud en la práctica del parto vaginal como mejor ruta para el nacimiento, y con esto disminuir el riesgo de complicaciones que se dan post cesárea.
- ✓ A manera de recordatorio para la mujeres embarazadas que fueron sometidas a cesáreas, según los protocolos de atención: Esperar un tiempo prudencial para realización de ejercicio, por lo menos seis meses para que la herida quirúrgica cicatrice internamente, lavado de la herida, observar características de la herida quirúrgica; la nutrición post-cesárea preferiblemente mantener dieta blanda la primera semana, la nutrición adecuada ayuda en la cicatrización de la herida, retiro de hilos entre el 6to y 8vo día. No se recomienda más de tres cesáreas por adelgazamiento o ruptura uterina, deambulacion temprana, mecánica corporal, seguir el suplemento de ácido fólico y Hierro por pérdida sanguínea durante el proceso de la cesárea, manejo del dolor. Relaciones sexuales esperar el tiempo prudencial por un periodo de seis semanas, evitar el tomar y fumar debido a que puede llegar a contribuir con hemorragia y afecta la cicatrización de la herida.

- ✓ Brindar educación al paciente desde el ingreso para que detecte las complicaciones posibles ante la cesárea, enseñándole a valorar su propia condición conjunto a su pareja.
- ✓ Hacer revisiones periódicas acerca de la práctica de las cesáreas para contribuir con la disminución por debajo del 25% en casos que son innecesarias y no se justifican, con la educación continúa al equipo de salud, mediante protocolos de atención.
- ✓ Implementar protocolos de atención a la mujer embarazada para la realización de cesárea.
- ✓ Capacitar el personal de salud para valorar e identificar signos y síntomas de alarma que refieran un embarazo de alto riesgo, y realizar las intervenciones adecuadas, con el fin de lograr un embarazo lo más cercano a la normalidad y recibir orientación sobre las indicaciones de cesárea.
- ✓ Vigilar el número de cesárea en relación al número total de nacimientos, si cumplen el rango adecuado, esto con la participación del personal médico, para decidir si es necesaria la cesárea.
- ✓ Que los padres reciban consejería acerca de beneficios, indicación necesaria para cesárea, y orientar a los padres que no sólo implica el no sentir dolor ni dejar de conservar la estética corporal, sino interviene riesgos de la anestesia y cirugía, signos y síntomas de alarma, entre otros que podrían jugar con la vida de la madre y el bebé.
- ✓ Identificar los factores que aumentan las cesáreas y difundir los resultados del estudio para conservar la calidad de la práctica obstétrica.
- ✓ Realizar un comité que vigile los indicadores para cesárea donde se reciba capacitación y comunicación acerca de los procedimientos innecesarios y los posibles efectos colaterales para la madre.
- ✓ El Hospital Cima no cuenta con un sistema de estadísticas modernizado, el cual puede facilitar la recolección de datos necesarios para realizar un estudio de investigación como éste, por lo que se recurre a recolección manual de datos.

# BIBLIOGRAFÍA

## Bibliografía

### Citada

- Levine Ruth. (2002). Dirección General de la Salud Reproductiva. Pág. 49
- UNICEF (2000). El embarazo. Impreso por Instituto del tercer mundo. Pág. 16.
- Bombí Inés. (2010). El embarazo, Salud de la mujer [s.p.i].
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y Organización Mundial de la Salud [s.f]. Nacimiento natural. pág. 368.
- T. Alvear Marcelo (2001). Parto por cesárea e histerectomía poscesárea. capítulo 22, página 477, 482.
- Salmos. Santa Biblia. (1998). Oklahoma: Sociedades bíblicas en Academy Lane.
- Salmos. Santa Biblia. (1998). Oklahoma: Sociedades bíblicas en Academy Lane. *capítulo 139 versículos 13-16, Pág., 568.*
- Libro de neonatos.(2000) revisado en Noviembre, 2009.
- Belizán José. (2000). Director del Centro Latinoamericano de perinatología de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- De Mott, De Muyler, Porreco, Pridijian y Sánchez Ramos. (1990). Tasa de cesáreas.
- Cantero Marcela. (2008). Porcentajes de cesáreas. La Nación Costa Rica, Lunes 9 de Junio.
- Organización Mundial de la Salud (1996.) Care in Normal Birth.
- Adolfo Carit Eva. Servicio de Obstetricia. (2000) Caja Costarricense del Seguro Social.
- Adolfo Carit Eva. Servicio de Obstetricia. (2009) Caja Costarricense del Seguro Social.
- Ammer Crsitine (2008). La salud de la mujer, editorial edaf, impreso en España, pág. 413.

- Ávalos R Ángela (2009). Mortalidad Materna. Costa Rica: La Nación
- Bensen y Pernol (1994), Morbilidad y Mortalidad. Obstetricia y Ginecología. Editorial McGraw-Hill, P.24.
- Barrantes Echeverría Rodrigo. (2003). Investigación un camino al conocimiento. 10 edición. Editorial UNED, Costa Rica.
- Diccionario de La lengua española (2005). Definición de morbilidad
- Duarte y Pérez. (1994). Indicación de cesárea.
- *International Association for the Study of Pain Roche, 2002.*
- La lactancia materna. (2010). OMS y el UNICEF: Ginebra.
- *Libro de Nacimientos de Neonatos (2000-2010).*
- Lonñberg y Robert (1984). Parto vaginal. Tratado de Obstetricia
- Mahomed y Cols, (1990). Presentación alta, cesarizada anterior.  
Obstetricia
- Niswander. (1987). Cesárea segmentaria. Operación Obstetrica.
- Organización Mundial de la Salud (2008). Porcentajes de cesáreas. Costa Rica: la Nación.
- Mena P. (1992) Operación cesárea en Obstetricia, 2da ed. Ed. A Pérez S. y E Donoso S. Publicaciones Técnicas Mediterráneo; pág. 290-300
- Ministerio de Salud. (1994). Factores sociodemográficos, educativos y de salud en la atención de la mujer en el embarazo y post-parto. Guápiles, Costa Rica.
- Ministerio de Salud. (2008). Nacimientos en Costa Rica, CCSS. Costa Rica, sábado 25 de julio de 2009: la Nación:
- Navarro, consuelo. (2003). El Mestizaje en la literatura latinoamericana de siglo XX. Madrid España, Pliegos.
- Ricardo Schwarcz. (1998). Control prenatal. Obstetricia, editorial Ateneo impreso en Argentina. Capítulo 7.
- Salazar Portuguez Rafael. (2004). Dirección Servicios de Salud de la Unidad de Evaluación. San José, Costa Rica.

- Salazar Portuguez Rafael. (2004). La Morbilidad y la Mortalidad materna: San José, Costa Rica.
- Sharon L. Reeder y Leonide L. Martin (1995). Enfermería Materno Infantil decimo sexta edición, impreso en México. Cáp I, Pág.130.
- T. de Alvear. Marcelo (Enero 2001). Parto por cesárea e histerectomía postcesárea. Sistema de bibliotecas documentación e información. Universidad de Costa Rica (SIBDI). Williams Obstetricia 20ª edición, editorial Medica Panamericana, impreso en Argentina. Capítulo 22, página 477, 482.
- Varney Helen (1998). Alimentación del lactante. Partería profesional de Varney. 4ta edición, pág1136-1151.
- Rodríguez Bejerano, Gloria. (2002). Evidencia epidemiológica de la incidencia de mujeres con complicaciones en el puerperio propiamente dicho. Hospital Monseñor Sanabria.
- Gerrish Kate y Lacey Anne. (2008). Investigación en Enfermería .Ética de la investigación. 5ta edición. Impreso en España por editorial McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández Sampieri Roberto y Collado Fernández Carlos. (2006). Metodología de la investigación. Impreso en México por editorial McGraw-Hill Interamericana. Pág. 31-41. Cap:3, 5,7,9 , 13 y 14.
- Anderson M. Douglas. (2003). Diccionario Mosby Medicina y Enfermería y ciencias de la salud. Vol#1, 2. 6ta edición.

### Consultada

- Schwarcz. Ricardo, Obstetricia (2002). Base de la asistencia orientada a la familia. CapítuloI
- Schwarcz. Ricardo, Obstetricia (2002). Aspectos psicosociales del embarazo normal. Capítulo 29.

- Schwarcz. Ricardo, Obstetricia (2002). Proceso asistencial en obstetricia. Capítulo 2.
- Schwarcz. Ricardo, Obstetricia (2002). La familia en un mundo cambiante. Capítulo 4.
- Schwarcz. Ricardo, Obstetricia (2002). Cultura, sociedad y asistencia materna. Capítulo 6
- Schwarcz. Ricardo, Obstetricia (2002). El parto normal. Capítulo 11
- Schwarcz. Ricardo, Obstetricia (2002). Operaciones obstétricas. Capítulo 13

### Fuentes Electrónicas:

- Cesárea. (s.a). Recuperado el 3 de Noviembre del 2009 de la página Web: <http://www.buenasalud.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3415&ReturnCatID=10>
- Parto vaginal. Recuperado el día 19 de julio del 2010 de la página Web: [http://escuela.med.puc.cl/publ/AltoRiesgo/CESÁREA\\_anterior.html](http://escuela.med.puc.cl/publ/AltoRiesgo/CESÁREA_anterior.html)
- Farfán Galo (2004). Recuperado el 23 de Marzo del 2010 de la página Web: <http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/27.htm>.
- El embarazo (2008). Recuperado el 23 de Marzo del 2010 de la página Web: <http://www.monografias.com/trabajos13/elembaraz/elembaraz.shtml> 23-3-10.
- Louis S. Liou, (2009). Definición de Vasectomía. Extraído El 15/4/10 de La página web [http://www.umm.edu/esp\\_ency/article/002995.htm](http://www.umm.edu/esp_ency/article/002995.htm).
- Preclampsia (2010). Recuperado el 23 de Marzo del 2010. De la página Web: [http://contusalud.com/sepa\\_embarazo\\_preclampsia.html](http://contusalud.com/sepa_embarazo_preclampsia.html).

- Prolapso de cordón (2008). Recuperado el día 23 de Marzo del 2010 de la página Web: [perc/percr/prolapsed\\_umbilical\\_cord.jpg&imgrefurl1](http://perc/percr/prolapsed_umbilical_cord.jpg&imgrefurl1).
- Salud. (2010) Recuperado el 23 de Marzo del 2010 de la 'pagina Web: <http://www.averlo.com/mujervoraz/salud/junio2003/170604.html>.
- Salud mental. (2010). Recuperado el 23 de Marzo de la página Web: [http://es.wikipedia.org/wiki/Salud\\_mental](http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_mental).
- Higiene mental. (2008) Recuperado el 23 de Marzo del 2010 de la página Web: <http://definicion.de/higiene-mental/>
- Equihua, José. (2006). La educación sexual. Extraído el 3/3/09 de la página web <http://www.gestiopolis.com/Canales4/rrhh/nidelmundo.htm>.
- OMS. 1992. Definición de La salud. Extraído El 24/3/10 de La página web <http://es.wikipedia.org/wiki/Salud>.
- World health organización (1998). Definición de Salud Reproductiva de la OMS. Recuperado el 24/3/10 de La página web: [http://www.icmer.org/RHO/html/definition\\_.htm](http://www.icmer.org/RHO/html/definition_.htm)
- Mortalidad materna (2002). Extraído El 24/3/10 de La página web [http://149.120.32.2/upload/lib\\_pub\\_file/309\\_filename\\_mmupdate\\_2002\\_spa.pdf](http://149.120.32.2/upload/lib_pub_file/309_filename_mmupdate_2002_spa.pdf)
- Morbilidad materna (2010). Extraído El 06/4/10 de La página web <http://www.wordreference.com/definicion/morbilidad>

- Sistema nacional mortalidad materna (2004). Extraído El 24/3/10 de La página web:  
<http://www.ministeriodesalud.go.cr/inicio/estadisticas/encuestas/mortalidadmaterna.pdf>
- Definición de mortalidad materna (1996).Extraído El 24/3/10 de La página web <http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm>
- Instituto Nacional de la salud, (2010).Histerectomía Extraído El 20/4/10 de La página web:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/hysterectomy.html>
- Comité de lactancia materna de La Asociación Española de pediatría (2008).Extraído El 20/4/10 de La página web:  
<http://www.aeped.es/lactanciamaterna/lactmat.htm>
- Lactancia materna, (2009). Ministerio de salud .Extraído El 20/4/10 de La página web:  
[http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/lactancia/politica\\_lactancia\\_materna.pdf](http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/politica_lactancia_materna.pdf)
- Lola Rovati (2009). Cuidados del recién nacido .Extraído El 23/4/10 de la página web <http://www.bebesymas.com/bebes-de-0-a-6-meses/cuidados-del-recien-nacido-echar-los-gases>.
- Planeta mama (2009).Extraído El 23/4/10 de La página web:  
[http://www.planetamama.com.ar/view\\_nota.php?id\\_nota=1326&id\\_etapa=35&id\\_tema=90](http://www.planetamama.com.ar/view_nota.php?id_nota=1326&id_etapa=35&id_tema=90)

- Roche.(2002). Dolor. Extraído El 29/4/10 de La página web[http://www.paraqueestebien.com.mx/notas/tips\\_88.htm](http://www.paraqueestebien.com.mx/notas/tips_88.htm)
- Definición de Enfermería. (2010). Facultad de Enfermería de la Universidad Moscú, en Rusia:  
<http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermer%C3%ADa>
- Trasculturación.(s.f). Recuperado el 28 de Abril del 2010 de la página Web:<http://historiasenconstruccion.wikispaces.com/Trasculturaci%C3%B3n?f=print>
- Organización Mundial de la Salud. (1989). Recuperado el 28 de Noviembre del 2009 de la página Web:[http://www.ihan.es/publicaciones/folletos/Presentaci%C3%B3n\\_libro.pdf](http://www.ihan.es/publicaciones/folletos/Presentaci%C3%B3n_libro.pdf)
- UNICEF. (2000). Recuperado el 27-05-10. De la página Web:<http://www.unicef.org/spanish/mdg/maternal.html>
- Cesárea (2005).Recuperado el 15 de Mayo del 2010 de la página Web:  
<http://www.scielo.org.ve/pdf/gmc/v116n4/art03.pdf> 27-5-10
- Adolescente. (2009). Recuperado el 13 de agosto de la página Web:<http://www.poderjudicial.go.cr/salaconstitucional/REVISTADIGITAL2009/07-010306.html>.

## Comunicación Personal:

- Moreira. M (Comunicación personal, de estadísticas y censos. Octubre 9, 2009).
- Moreira. M (Comunicación personal, de estadísticas y censos. Marzo 24, 2010).
- Stefanov. F (Comunicación personal, de mercadeo. 20 octubre 2009).
- González Pacheco C.E (Comunicación personal el 25-5.10)
- Rivera Brenes R. (Comunicación personal el 1-05-10).
- Urcuyo Fournier R. (Comunicación personal el 1-6-10)
- Nisman D. (Comunicación personal el 13 -5-10)
- Cabeza Solera E (Comunicación personal 2-6-10)
- Alfaro (Comunicación telefónica 2-1-10)
- Estrada D. (Comunicación personal 12-11-09, 05-01-10, 06-01-10, 15,01,10)
- Estrada K.(Comunicación personal 12-11-09, 12-11-09, 05-01-10, 06-01-10, 15,01,10)
- Enfermeras del servicio de maternidad y neonatos
- Pacientes embarazadas del presente año
- Mujeres entrevistadas afueras del área hospitalaria.

## Glosario

**Feto:** El embrión recibe el nombre de feto tras haber alcanzado un determinado nivel de desarrollo de los órganos en el ser humano esto es ocho semanas después de La concepción.

**Óvulo:** Es La célula sexual femenina que se sintetiza em el ovário y va madurando desde La primera mestruación hasta la menopausia.

**Ectópico:** Significa fuera de lugar se refiere a la implantación em el útero.

**Neonatos:** Se refiere al nacimiento de un bebé clasificados hasta los 28 días de nacido.

**Ovariectomías:** Es la extracción e uno o ambos avarios por médio de un procedimiento quirúrgico.

**Septicemias:** Es la presencia de bacterias en la sangre asociado a infecciones graves.

**Puerperio:** Tiempo que transcurre desde el parto hasta la recuperación de los câmbios gestacionales. Dura aproximadamente unos 40 días. Em ese tiempo, la mujer vuelve a la situación anterior Al embarazo.

**Episiotomía:** Es um procedimiento quirúrgico que comprende el corte del perineo entre vagina y ano que se práctica ocasionalmente con el fin de agrandar la abertura vaginal.

**Endometritis:** Es la inflamación o irritación del endométrio (tejido que recubre el útero) y por lo general la causan lãs infecciones.

**Membrana hialina:** Es el síndrome de distress respiratório del recién nacido debido a falta Del factor surfactante pulmonar y evitando que se colapsen los alvéolos.

**Oligoamnios:** Es la disminución en la cantidad de líquido amniótico, se detecta mediante ultrasonido.

**Triage:** Es la clasificación que se le da a un paciente para recibir atención médica, dependiendo su gravedad se prioriza su atención.

**Taquisistolia:** Son anomalías del parto que dependiendo si ocurren más de 5 contracciones uterinas en 10 minutos se considera taquisistolia.

**Planos de hodge:** Término utilizado en Obstetricia para referirse a las divisiones de la pelvis desde el estrecho superior hasta el estrecho inferior, con el fin de ubicar la posición de la presentación fetal en su paso por el canal vaginal.

**Papanicolao:** Se realiza un raspado en el cuello uterino para detectar anomalías analizado bajo el microscopio.

**Toxemia:** Son un conjunto de anomalías que ocurre algunas veces en la fase del embarazo caracterizado principalmente por la hipertensión arterial.

**Primigesta:** Se refiere al primer embarazo o gestación.

**Hipoglicemias:** Disminución de los niveles de azúcar en sangre.

Nota: los términos fueron buscados en el Diccionario Mosby. Se encuentra en la bibliografía en la página# 130.

## Acrónimos

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF

Centro Internacional de Medicina (CIMA)

Hospital CIMA San José (HSCJ),

Organización Panamericana de la salud (OPS)

Frecuencia Cardiaca Fetal (FCF)

Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)

Consortio Internacional Hospital (CIH),

University of California, Los Angeles (UCLA)

Comisión de Mortalidad Materna Infantil (COLAMMI)

Cáncer (Ca)

Restricción del crecimiento Intrauterino (RCI)

Rayos-x (Rx)

Electrocardiograma (Ecg)

Unidades de Cuidados Intensivos, (UCI)

Triage

Microgramos (Mcg)

Miligramos (Mg)

Organización mundial de la Salud (OMS)

Vacuna de las tuberculosis (BGC)

Desproporción Cefalo Pélvica (DCP)

Ruptura Prematura de Membranas (Rpm)

# ANEXOS

UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CENTRO AMERICA

ESCUELA DE ENFERMERIA

Esta encuesta es realizada en cumplimiento de los requerimientos de la Tesis de Licenciatura en Enfermería sobre las causas por cesáreas en las mujeres embarazadas en el Hospital CIMA SAN JOSE entre el periodo 2010. Por favor sea sincera al responder las siguientes preguntas y marque con una X en el espacio que considere correspondiente. El cuestionario es de carácter confidencial. Gracias por su participación y colaboración.

1. Edad

17 a 20 años \_\_\_ 21 a 24 años \_\_\_ 25 a 28 años \_\_\_ 29 a 32 años \_\_\_ 33 a 36 años \_\_\_  
37 a 40 años \_\_\_ 41 a 44 años \_\_\_ más de 45 años \_\_\_

2. Educación alcanzada

Primaria completa \_\_\_ incompleta \_\_\_  
Secundaria completa \_\_\_ incompleta \_\_\_  
Universidad completa \_\_\_ incompleta \_\_\_  
Maestría \_\_\_

3. Nacionalidad

Bel \_\_\_ Guat \_\_\_ Hond \_\_\_ Salv \_\_\_ Nic \_\_\_ CR \_\_\_ Pma \_\_\_ Usa \_\_\_ Ven \_\_\_ Chile \_\_\_ Irlandesa \_\_\_  
Rep. China \_\_\_ Can \_\_\_

4. Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_

5. Actividad Laboral a la que se dedica: \_\_\_\_\_

6. Trabaja actualmente

si \_\_\_ o no \_\_\_

7. Estado civil

Casada \_\_\_ Soltera \_\_\_ Unión libre \_\_\_ Separada \_\_\_ Divorciada \_\_\_ Viuda \_\_\_

8. Razón del parto por cesárea en el hospital CIMA SAN JOSE: \_\_\_\_\_

9. Antecedentes ginecológicos

Primigesta \_\_\_ Parto \_\_\_ Abortos \_\_\_ Óbito fetal \_\_\_ Cesárea anterior \_\_\_

10. Ha recibido junto con su pareja preparación para el parto en algún centro como

CCSS \_\_\_ Curso privado \_\_\_ Internet \_\_\_

11. Sabe ud los riesgos relacionados con las cesáreas: si o no

12. se siente satisfecho con la atención brindada en el área de maternidad del Hospital Cima San José (si su respuesta es negativa especifique su inconformidad).

Si \_\_\_ o No

Martes 16.de Febrero Del 2010.

Universidad Adventista de Centroamérica  
Consejo Técnico Escuela de Enfermería.  
Asunto: Aprobación de tema y solicitud de cartas.

¡Saludos cordiales!

La presente es para solicitar la carta de aprobación del tema a investigar: Determinar cuáles son las causas de nacimientos de cesáreas en la mujeres embarazadas, en el Hospital Cima, San José, comprendido entre en periodo Enero-Agosto 2009-2010, como requisito de la clase de: "Métodos de Investigación en Ciencias de la Salud" como parte del grado de Licenciatura. El estudio se efectuará en el Hospital Cima San José de Escazú y este será presentado en forma de Tesis. A si mismo solicito que al ser aprobado el tema y los objetivos, pueda recibir una carta para ser enviada al lugar antes mencionado, dirigida a la Gerente de Enfermería Patricia Quesada. Los requisitos para la aprobación de la primera parte de la investigación serán adjuntos a este documento.

Agradezco de antemano su apoyo y atención

Atentamente,

Bach. Nadya Ancheta Thorp  
Estudiante de Licenciatura.

## Cronograma de Actividades

- 28 Agosto 2009: Propuesta del tema  
6 Septiembre 2009: Correcciones de la propuesta  
13 Septiembre 2009: Sugerencia por parte de la tutora Xinia Molina  
9 Octubre 2009: Entrevista con Mayra Moreira Ovaes centro de estadísticas y censo 10:45 am  
18 Octubre 2009: Aprobación del tema por parte del Hospital CIMA San José de forma verbal  
20 Octubre 2009: Correcciones de la propuesta  
4 Noviembre 2009: Anteproyecto completo  
9 Noviembre 2009: Cita en el Hospital México la Tutora Xinia Molina  
19 Noviembre: revisión Libros de nacimientos de neonatos 19-11-09  
17 Noviembre 2009: Corrección de la Justificación  
19 Noviembre 2009: cambios en la Justificación  
27 Noviembre: Bosquejo para realización del marco teórico  
1 diciembre 2009: Mapa conceptual  
16 enero 2009:  
14 Enero 2010: Cuestionario  
14 Febrero 2010: 1era Entrega de ante proyecto, se hacen correcciones  
16 Febrero 2010: 2da entrega del ante proyecto, se hacen correcciones  
2 Marzo 2010: Revisión de expedientes y entrevista con Karina y dora en Archivo clínico,  
3 Marzo 2010: Cita en el colegio de enfermera con la tutora Xinia Molina entrega de capítulo I y H  
4 de Marzo: Carta de aprobación por parte de UNADECA: se entrega nuevamente la carta impresa por qué no encuentran la anterior  
5 Marzo 2010: Carta de respuesta del CIMA:, pero me la entregan el 8 de marzo que me avisan  
23 Marzo 2010: reunión Hospital México con la profesora Xinia Molina, correcciones del marco teórico.  
Abril: Correcciones del marco teórico  
4 Mayo: Realización de gráficos y cuadros para el análisis, se entrega trabajo al Filólogo para revisión.  
16 Mayo: Reunión en la Universidad Adventista de Centroamérica con profesoras  
21 Mayo: se entrega correcciones de la tesis .....  
22 Mayo: Profesora devuelve el trabajo  
Junio y Julio: arreglo de tesis, formato.

## Hospitales Públicos y privados a nivel nacional

En el 2008 hubieron 75 187 nacimientos en el país, para el semestre del 2009 hubo 35 925 entre cesáreas y partos.

San Juan De Dios	6156
Calderon	6530
Mexico	6315
Escalante Padilla Perez	3246
Alajuela (San Rafael)	4776
Grecia (San Francisco)	1887
John Will (Turrialba)	1248
Heredia (San Vicente Paul)	3960
Luis Leibo	2
Monse;or Sanabria Puntarenas	3106
Max Peran'c Quepos	691
Tonio Facio Limon	3967
Anexion (Guanacaste)	1856
Guapiles	2924
Ciudad Nelly	917
Golfito	659
Upula	627
Tomas Casas osa	338
San Vito	481
Clinica Jerusalem	46
Clinica Monte sinai (San Jose)	733
San Ramon	1768
San Carlos	4037
Cartago	5449
Liberia	4185
Pococi	6
Clinica Biblica	1208
Santa Cruz (Guanacaste)	14
Clinica Santa Rita	332
Clinica Catolica	961
clinica Tarrazu	11
clinica Orotina	1
clinica Agua Zarca	8
clinica Fortuna	2

clínica Cutris	1
clínica Bagaces	1
clínica Abangares	2
clínica La Cruz	2
clínica Tilarán	2
clínica Siquirres	29
clínica Nandayure	2
clínica Batán	26
Clínica Madre Teresa	46
clínica Sixaola	2
clínica Palmar Sur	4
Clínica Corobado	15
clínica Buenos Aires	182
Ambulancia	114
otras instituciones	87
otro lugar	53
Ignorado	7
Hospital Borromeo	28
Hospital Surecta	9
Hospital Hong Creek	30
Hospital Daitania	8
Hospital Labrador	35
Dr. Lostano	12
Clínica Valle Estrella	3
Paquera	5
En el hogar	668
sarapiquí	3
Puriscal	1
Tirubares	1
Parrita	2
Chiles	450
Atenas	1
orotina	1
Río Frío	2
Fortuna Limón	2
Guácimo	3

**Cuadro de las mujeres embarazadas, revisión de expediente clínico 2009.**

Cantidad	Nacionalidad	Zona geográfica	Escolaridad	Oficio	Tipo de Cesárea	Estado civil
Ninguna	No	no	No	no	No	no
1	Costarricense	san José	Universitaria	Administradora	Segmentaria baja	Soltera
1	Costarricense	san José	Universitaria	Administradora	Segmentaria baja	Soltera
9	China	Puntarenas	No refiere	No refiere	Segmentaria baja	Casada
	Chilena	Alajuela	No refiere	Psicóloga	Segmentaria baja	Casada
	Nicaraguense	Cartago	Escuela	Trasportista	Segmentaria baja	Unión Libre
	Costarricense	Alajuela	No refiere	Microbióloga	Segmentaria baja	Unión Libre
	Costarricense	Heredia	Colegio	Artista	Segmentaria baja	Casada
	Costarricense	Cartago	Colegio	Digitadora	Segmentaria baja	Casada
	Costarricense	Puntarenas	Colegio	Comerciante	Segmentaria baja	Casada
	Costarricense	san José	Universitaria	Abogada	Segmentaria baja	Casada
	Costarricense	san José	Universitaria	Ing. Industrial	Segmentaria baja	Casada
8	Costarricense	san José	Colegio	Oficinista	Segmentaria baja	Casada
	Costarricense	san José	Colegio	Diseñadora	Segmentaria baja	Casada
	Costarricense	san José	Colegio	Economista	Segmentaria baja	Casada
	Costarricense	san José	Universitaria	Nutricionista	Segmentaria baja	Casada
	Costarricense	san José	Universitaria	Terapeuta	Segmentaria baja	Casada
	Costarricense	san José	Universitaria	Abogada	Segmentaria baja	Casada
	Costarricense	san José	Universitaria	Abogada	Segmentaria baja	Casada
	Costarricense	san José	Universitaria	Administradora	Segmentaria baja	Casada
4	estadounidense	Heredia	Universitaria	Administradora	Segmentaria baja	Casada
	Polaca	Puntarenas	Universitaria	Administradora	Segmentaria baja	Casada
	Costarricense	Cartago	Universitaria	Administradora	Segmentaria baja	Casada
	Costarricense	No refiere	Universitaria	Administradora	Segmentaria baja	Casada
3	Costarricense	Heredia	Universitaria	Administradora	Segmentaria baja	Casada
	Costarricense	Heredia	Universitaria	Administradora	Segmentaria baja	Casada
	Costarricense	Heredia	Universitaria	Administradora	Segmentaria baja	Casada

**Cuadro de mujeres embarazadas y entrevistadas en el periodo 2010**

Edad	Cantidad	Nacionalidad	Zona geográfica	Escolaridad	Oficio	Tipo de Cesárea	Estado civil
7 años	5	Costarricense	San José	Colegio	Ama de casa	Segmentaria baja	Casada
		Costarricense	San José	Colegio	Ama de casa	Segmentaria baja	Casada
		Costarricense	San José	Universitaria	Administradora	Segmentaria baja	Casada
		Chile	San José	Universitaria	Administradora	Segmentaria baja	Casada
		Dominicana	San José	Universitaria	Ama de casa	Segmentaria baja	Casada
11 años	10	Costarricense	San José	Universitaria	Médico	Segmentaria baja	Casada
		Costarricense	San José	Universitaria	Dir. Comercial	Segmentaria baja	Casada
		Costarricense	San José	Universitaria	Ing. Sistemas	Segmentaria baja	Casada
		Costarricense	Cartago	Universitaria	Ing. Sistemas	Segmentaria baja	Casada
		Costarricense	Puntarenas	Universitaria	Administradora	Segmentaria baja	Casada
		Costarricense	San José	Universitaria	Administradora	Segmentaria baja	Casada
		Bolivia	Alajuela	Universitaria	Ama de casa	Segmentaria baja	Casada
		Salvador	Alajuela	Universitaria	Turismo	Segmentaria baja	Casada
		Filipinas	Cartago	Universitaria	Odontología	Segmentaria baja	Casada
		Costarricense	Cartago	Universitaria	Relaciones Públicas	Segmentaria baja	Casada
15 años	9	Mexicana	Alajuela	Universitaria	Administradora	Segmentaria baja	Casada
		Costarricense	San José	Universitaria	Ing. Sistemas	Segmentaria baja	Casada
		Costarricense	San José	Universitaria	Ama de casa	Segmentaria baja	Casada
		Costarricense	San José	Universitaria	Odontología	Segmentaria baja	Casada
		Costarricense	San José	Universitaria	Chef	Segmentaria baja	Casada
		Costarricense	Puntarenas	Universitaria	Empresaria	Segmentaria baja	Casada
		Costarricense	Cartago	Universitaria	Abogada	Segmentaria baja	Casada
		Costarricense	Alajuela	Universitaria	Psicóloga	Segmentaria baja	Casada
		Costarricense	San José	Universitaria	Estilista	Segmentaria baja	Casada
16 años	6	Costarricense	Heredia	Universitaria	Administradora	Segmentaria baja	Casada
		Costarricense	San José	Universitaria	Administradora	Segmentaria baja	Casada
		Costarricense	San José	Universitaria	Profesora	Segmentaria baja	Casada
		Costarricense	San José	Universitaria	Farmacéutica	Segmentaria baja	Casada
		Costarricense	San José	Universitaria	Farmacéutica	Segmentaria baja	Casada
		Costarricense	San José	No refiere	Ing. Industrial	Segmentaria baja	Casada



# Universidad Adventista de Centro América

Tel.: (506) 2436-3300 • Fax (506) 2441-3465 / 2443-1702 • Apdo. 138-4050, Alajuela, Costa Rica

04 de Marzo de 2010

Licda. Patricia Quesada Stell  
Gerente de Enfermería  
Hospital CIMA San José

¡Saludos Cordiales!

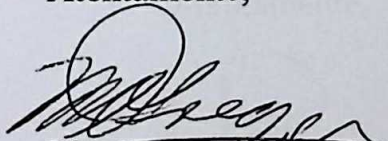
La Escuela de Enfermería de la Universidad Adventista de Centro América, hace constar que la alumna Nadya Ancheta Thorp con número de identidad 112280566 es alumna de Licenciatura de esta institución.

Como requisito final de graduación, está solicitando elaborar su tesis sobre el tema: "Las Causas de Nacimientos por Cesáreas en las Mujeres Embarazadas en el Hospital CIMA San José, San José, Costa Rica Enero-Agosto, 2010".

Por este medio solicitamos el permiso respectivo para que la alumna pueda llevar a cabo esta investigación.

Esperamos que este estudio sea de beneficio para la institución.

Atentamente,

  
Lic. Marian Mofyneux  
Directora  
Escuela de Enfermería



Adjunto: Objetivos de la Tesis

c.c.: archivo

5 de marzo de 2010

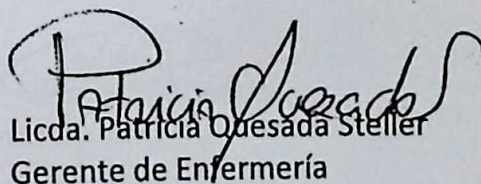
Licenciada  
Marian Molyneux, Directora  
Escuela de Enfermería  
**Universidad Adventista de  
Centro América**  
Presente

Estimada Licenciada:

Reciba un cordial saludo de mi parte, perteneciente al escrito fechado el cuatro marzo de los corrientes, y a petición de nuestra colaboradora Nadya Ancheta Thorp en ejecutar el requisito para laborar el proyecto final en Licenciatura en Enfermería de la Universidad la cual Usted representa.

La señorita Ancheta Thorp está autorizada en realizar el proyecto de investigación: "Las Causas de Nacimientos por Cesáreas en las Mujeres Embarazadas en el Hospital CIMA San José" en éste centro Hospitalario y así culminar con el requisito final de graduación.

Atentamente,



Licda. Patricia Quesada Steller  
Gerente de Enfermería



Cc: Bach. Nadya Ancheta Thorp

24 de agosto de 2010

Señores  
Consejo Técnico de la Escuela de Enfermería  
Universidad Adventista de Centroamérica  
La Ceiba de Alajuela

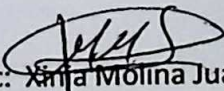
Apreciados Señores:

Por este medio hago constar que he revisado la tesis de grado de la estudiante NADYA ANCHETA THORP, con pasaporte de identidad No. 112280566 Con el tema de "CAUSAS DE NACIMIENTO POR CESAREA EN LAS MUJERES, EN EL HOSPITAL C.I.M.A. SAN JOSE, COSTA RICA. ENERO/AGOSTO 2010.

Considero que de acuerdo a lo solicitado en el Capítulo III, Artículo 8 del Reglamento General para la Modalidad de Trabajo de Investigación de Grado y ya efectuada la revisión del Filólogo, la estudiante, esta lista para cumplir el requisito de la defensa de su tesis.

Gracias por su colaboración y atención.

Atentamente,

  
Msc. Ximela Molina Juárez.  
Instructora de tesis.



**Informe de Revisión  
Y Asesoría Profesional**

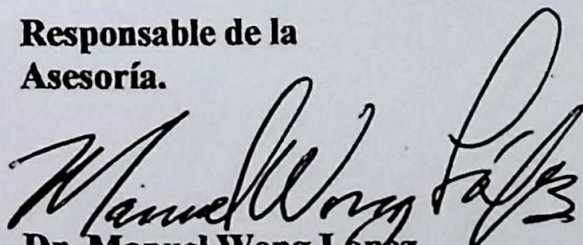
13 de agosto de 2010

A petición de la estudiante Nadya Ancheta Thorp. Carné 030260, cédula 112280566. Hemos leído el trabajo escrito titulado:

**Estudio sobre las causas de nacimientos por cesáreas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero –mayo, 2010.**

El analizar el contenido, lenguaje, composición y estructura de la redacción hecha hasta la fecha, hizo posible señalar y recomendar las correcciones necesarias para que el trabajo cumpla satisfactoriamente los requisitos de la ortografía y la gramática normativa académica. La revisión también permitió sugerir mejoras en la presentación lógica y técnica formal del documento.

Responsable de la  
Asesoría.

  
Dr. Manuel Wong Lopez

Aceptado por:

Nadya Ancheta Thorp

**Informe de Revisión  
Y Asesoría Profesional**

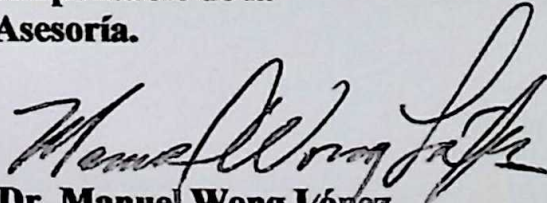
**10 de setiembre de 2010**

**A petición de la estudiante Nadya Ancheta Thorp. Carné 030260, cédula 112280566. Hemos leído el trabajo escrito titulado:**

**Estudio sobre las causas de nacimientos por cesáreas en las mujeres embarazadas, en el Hospital CIMA San José, Costa Rica. Enero 2009 –Agosto, 2010.**

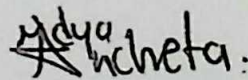
**La revisión de la ortografía y redacción del texto, hizo posible verificar que el trabajo cumple satisfactoriamente, en forma general, con los requisitos del uso del lenguaje que prescribe la gramática normativa académica.**

**Responsable de la  
Asesoría.**



**Dr. Manuel Wong López**

**Aceptado por:**



**Nadya Ancheta Thorp**

**Nadya Ancheta Thorp**