UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE PREGRADO

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Tema:

"CUMPLIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA NORMA Y PROTOCOLO MATERNO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO POR CESÁREA, DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, EN EL PERÍODO ABRIL A OCTUBRE 2011"

Tesis de Grado previa a la Obtención del Título de Médico General

Autor:

Jhon Mauricio Coronel Ruilova

Director:

Dra. Mg. Sc. Betty Carrión Gordillo

LOJA – ECUADOR

2012

CERTIFICACIÓN

Dra. Mg. Sc. Betty Carrión Gordillo, DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de Tesis, previo a la obtención del Título de MÉDICO GENERAL, sobre el Tema: **"CUMPLIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA NORMA Y PROTOCOLO MATERNO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO POR CESÁREA, DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, EN EL PERÍODO ABRIL A OCTUBRE 2011",** realizado por el egresado: Jhon Mauricio Coronel Ruilova, ha sido orientado, dirigido y revisado bajo mi dirección; por lo tanto autorizo su presentación, sustentación y defensa de grado.

Loja, Octubre de 2012

Atentamente.

Dra. Mg. Sc. Betty Carrión Gordillo

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

El contenido del presente trabajo, conceptos, ideas, opiniones, procedimientos de investigación, resultados, conclusiones y recomendaciones es de exclusiva responsabilidad del autor.

Jhon Mauricio Coronel Ruilova

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi Padre Dios por regalarme la vida, la esperanza y fortaleza para emprender y afrontar nuevos retos a cada instante de mi vida, haciéndome crecer como persona y convirtiéndome en un instrumento de su inmensa bondad.

A mis amados padres el Dr. Gonzalo Coronel y la Sra. Estrellita Ruilova y hermanos Gina, Priscila y Gonzalo por siempre confiar en mí, haciéndome entender que la vida está llena de retos, pero que siempre serás tú el dueño y labrador de tu propio destino, dándome lecciones de vida y valor, amor y entrega, coraje y bondad, convirtiéndose en guías, compañeros y sin duda mis mejores amigos, siendo partícipes de mis alegrías, y convirtiéndose en mis pilares de fortaleza y seguramente la fuente de sabiduría.

Además un sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, al personal Docente de la Carrera de Medicina Humana, quienes han sido mis maestros, aquellos que me han orientado con sus sabios conocimientos y experiencias, brindándome comprensión y ayuda en mi formación superior y profesional. Y sin lugar a duda un especial agradecimiento a la Sra. Dra. Betty Carrión Gordillo, Directora de Tesis, quien con su inmensa dedicación, apoyo incondicional y gran calidad humana, supo brindarme su tiempo, sabiduría y experiencia, dirigiéndome adecuadamente en el desarrollo de mi tesis y así llegar a su excelente culminación.

DEDICATORIA

Esta Tesis, producto de trabajo constante, empeño y dedicación quiero dedicársela primeramente a Dios, por bendecirme con el milagro de la vida, para mantenerme firme en mis convicciones, sueños y anhelos de superación, y a mi adorada familia, empezando por mis padres Gonzalo y Estrellita quienes me bendicen y alientan cada día, me llenan de orgullo y son ellos quienes con su sabiduría, consejos y enseñanzas hacen de mí un mejor hijo y ser humano, a mis hermanos Gina, Priscila y Gonzalo, de quienes siempre aprendo nuevos valores y me dejan lecciones de vida, fortaleza y lucha, a mi pequeña ahijada y sobrina Doménica, quien con esa ternura angelical siempre llena mi hogar de alegría, y que a su corta edad me demuestra que siempre se puede aprender incluso de los más pequeños, a todos ellos va dedicada esta Tesis, que demuestra que eh avanzado un paso más hacia mis ideales, con ellos a mi lado sé que estoy seguro, y sé que seguirán siendo fuente de mi inspiración en este transitar del diario vivir, por eso y mucho más mi esfuerzo y dedicación va para ellos, proyectándome siempre a un mejor futuro y con el deseo firme de seguir brindándoles alegrías y que las compartan junto a mí.

TEMA

Cumplimiento y Aplicación de la Norma y Protocolo Materno del Ministerio de Salud Pública para la Atención del Parto por Cesárea, de las Mujeres atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, en el Período Abril a Octubre 2011.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de conocer el cumplimiento y aplicación de la Norma y Protocolo del Ministerio de Salud Pública para la atención del parto por Cesárea, en mujeres atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Se hizo el estudio a 162 usuarias que fueron atendidas de cesárea durante el período de Abril a Octubre del año 2011 y 19 médicos que laboran durante el mismo período en dicha institución, revisando principalmente las Historias Clínicas maternas, así como la HCL materno-perinatal, encuestas dirigidas a las propias usuarias y entrevista directa al personal médico.

Luego de realizado el estudio, se determinó que la mayoría eran adolescentes de entre los 16 a 19 años de edad, con el 25% del total, su nivel de instrucción fue principalmente la secundaria con el 59%, además fueron mayoritariamente multíparas con un 64% y la edad gestacional fue de 39 semanas de gestación, ocupando el 35%. El personal médico entrevistado fue representado en su mayoría por mujeres, con el 58%.

De los 63 pasos y tareas en total, que deben realizarse de acuerdo al MSP en los Protocolos de Atención a la mujer embarazada con indicación de cesárea, fueron 55 pasos y tareas las que si se cumplen en la Norma y Protocolo Materno, obteniendo el 87% de efectividad, mostrando que tan solo 4 normas no se cumplen y 4 más se aplican de manera incompleta.

Los factores que influyen para su incumplimiento fueron diversos y reportados por las mismas usuarias y el personal médico, como la disminución de varios recursos físicos principalmente, por ejemplo equipos de medios diagnósticos deteriorados, exámenes de laboratorio, falta algunas de barreras protectoras,

medicación apropiada incompleta para este tipo de procedimientos y en menor medida el desconocimiento de algunos pasos y tareas por parte del personal médico y de las usuarias.

SUMMARY

The present investigation work was carried out with objective of knowing the execution and application of the Norma and Protocol of the Ministry of Public Health for the attention of the childbirth for Caesarean operation, in women assisted in the Regional Hospital Isidro Ayora of the city of Loja.

The study was made to 162 users that were assisted of Caesarean operation during the period of April to October of the year 2011 and 19 doctors that work during the same period in this institution, revising mainly the maternal Clinical Histories, as well as the maternal-perinatal HCL, you interview directed to the own users and direct interview to the medical personnel.

After having carried out the study, it was determined that most was adolescent of among the 16 to 19 years of age, with 25% of the total, their instruction level was mainly the secondary with 59%, they were also for the most part multiparous with 64% and the age gestation was of 39 weeks of gestation, occupying 35%. The personnel medical interviewee was represented in his majority by women, with 58%.

Of the 63 steps and tasks in total that should be carried out according to the MSP in the Protocols of Attention to the pregnant woman with Caesarean operation indication, they were 55 steps and tasks those that if they are completed in the Norma and Maternal Protocol, obtaining 87% of effectiveness, showing that so single 4 norms are not completed and 4 more they are applied in an incomplete way.

The factors that influence for their nonfulfillment were diverse and reported by the same users and the medical personnel, as the decrease of several physical resources mainly, for example teams of deteriorated diagnostic means,

laboratory exams, it lacks some of barriers protectors, incomplete appropriate medication for this type of procedures and in smaller measure the ignorance of some steps and tasks on the part of the medical personnel and of the users.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la salud reproductiva y en concreto, todos los aspectos relacionados con los cuidados de salud durante el embarazo, parto y posparto, son temas de especial relevancia, tanto para la propia mujer, su hijo, su familia, la comunidad, así como para los servicios sanitarios y la sociedad en general.

La evidencia científica disponible muestra que existe una clara relación entre la calidad de la atención prenatal y natal, prestada a las mujeres embarazadas de una comunidad, con la salud materna perinatal y natal, valorada por los índices de mortalidad materna, mortalidad perinatal, bajo peso al nacer y prematuridad.

Es por ello que la mortalidad materna y neonatal son indicadores sensibles que traducen el grado de desarrollo y garantía de los derechos en la sociedad. Cuando una mujer muere se compromete el desarrollo de los hijos y la familia, especialmente de los más pequeños. Las muertes de los recién nacidos comprometen el futuro de la sociedad.

La Mortalidad Materna y Neonatal, refleja entonces, las condiciones de salud y de vida de los pueblos y se constituye en un buen indicador del estado de desarrollo de los servicios de atención prenatal, parto y postparto.

La Salud Materna, es el bienestar físico, emocional y social vinculado al embarazo, el parto y post parto.

Sin embargo, el parto vaginal no es la única manera de traer a al mundo un bebé, ya que desde tiempos muy antiguos se usó el denominado parto por cesárea, y en el influyen muchos factores que pueden afectar o beneficiar a un recién nacido y que ejerce acción directa en el bienestar físico, emocional, económico, social y cultural, no solo de la madre, sino también de la familia.

En conjunto a los adelantos de la medicina actual, se ha visto un repunte importante de partos por cesáreas, aunque en sus orígenes sirvió únicamente para salvar la vida de bebés cuyas madres se encontraban moribundas, sin embargo en la actualidad se constituye en conjunto, con los avances científicos y médicos en este campo, en una cirugía relativamente segura y que ha traído muchos benéficos para las madres de manera principal, pero sin una adecuada guía o protocolo así como normas a seguir, esto podría constituirse en un problema de largo alcance y que de cierta manera en estudios realizados en países como el nuestro, en vías de desarrollo, se ha demostrado que la falta de un modelo sólido a seguir ha llevado a resultados no del todo favorables, motivo por el cual es un objeto de análisis en la actualidad.

En la antigüedad, ha sido casi nula la referencia en lo que concierne a los partos que terminen por Cesárea, remontándome incluso a los orígenes de la misma hay muchos elementos que contribuyen a una explicación lingüística de la palabra «cesárea»: como por ejemplo, el término podría derivarse del verbo latino *caedere*, «cortar» efectuar una *cisura*. Al contrario de lo que se cree, esta práctica no toma nombre de Cayo Julio César si no que, la Ley Romana prescribía que el procedimiento debía llevarse a cabo al final del embarazo en una mujer moribunda con el fin de salvar al bebé, por lo cual La ley se llamó *lex caesarea*, y este término puede ser el origen del nombre. Muy probablemente es una combinación de lo anterior.

El inicio de la historia es casi con certeza el verbo *caedo*: la frase «*a matre caesus*» («cortado de su madre») se usaba en Roma para describir la operación. La etimología real del nombre *César* (un apellido mucho más antiguo) no está relacionada, pero una etimología popular muy temprana inventó la historia del nacimiento de Julio César por este procedimiento para poder sugerir que su nombre se derivaba del verbo. El título de la *lex caesarea* debe de estar influido por esta leyenda, porque la forma *caesarus* no

puede ser derivada directamente de *caesus* sin alguna interferencia de *Caesar*. En alemán se dice *Kaiserschnitt* (literalmente, «el corte del emperador»), sin duda proveniente de forma directa de la leyenda del nacimiento de Julio César. (1)

El parto es un momento de trascendental importancia para la mujer y el bebé, que se relaciona con su supervivencia inmediata y con la posibilidad de mejorar la salud y nutrición a largo plazo, pero al mismo tiempo, con el riesgo de morbilidad y mortalidad para ambos.

Las causas de la mortalidad materno-neonatal son muchas, pero en la mayoría de los casos corresponde a una deficiente asistencia antes, durante y después del parto, pudiéndose deber esto a que en algunas zonas remotas es posible que no haya profesionales disponibles, y si los hay, que la atención no es buena; en otros casos la mujer no tiene acceso a los centros sanitarios porque no dispone de medios de transporte o porque no puede pagar el costo del transporte o de los servicios de salud. Las creencias culturales y el estatus social de la mujer también pueden impedir que la embarazada obtenga la asistencia que necesita, para mejorar la salud materna hay que identificar y solucionar a nivel comunitario las deficiencias de capacidad y calidad de los sistemas de salud y los obstáculos al acceso de estos servicios.

Hay que considerar que la cesárea, es la cirugía de mayor frecuencia en mujeres y una de las principales causas que pueden conducir a una morbilidad obstétrica de carácter infecciona, hemorrágica, anestésica y/o tromboembólica, por ello debe ser realizada por personal calificado para este procedimiento quirúrgico y así evitar la mortalidad materna y perinatal.

Además, el aumento del número de cesáreas tiene un impacto económico preciso. Se estima que para el sistema de salud, una cesárea es dos a tres veces más costosa que un parto normal. Otro de los factores en juego es el

temor a un juicio por mala praxis. "Los médicos prefieren realizar una cesárea así se cubren de eventuales denuncias si ocurren complicaciones en el parto". Una de las razones más influyentes en esta tendencia en Latinoamérica tiene que ver con un sistema de atención privada de las embarazadas demasiado personalizado, y al mismo tiempo que cada vez más existe una precarización del empleo médico. "Las mujeres en el sector privado eligen a un médico en particular para que las atienda durante todo el embarazo y el parto. Para poder organizar su vida en momentos en que para sobrevivir necesita trabajar en varias instituciones, al obstetra le resulta más simple programar una cesárea. Un parto quirúrgico implica menos horas de dedicación que un parto vaginal y muchas veces los obstetras no disponen del tiempo para esperar el trabajo de parto. En los países donde tienen menor índice de cesáreas, los médicos trabajan en equipo y las parteras tienen un mayor protagonismo". Una cesárea planificada le demanda al médico alrededor de 45 minutos mientras que el trabajo de parto de una primeriza puede extenderse entre 8 y 12 horas y le exige al obstetra estar pendiente la mitad de ese tiempo.

Para poder cambiar nuestra realidad y condición, además de lograr la disminución de la mortalidad materno-neonatal, es importante la aplicación del uso de Normas y Protocolos para la adecuada atención en los servicios de salud. Éstas normas deben basarse en teoría fundamentada y en investigación que tenga una perspectiva de género, interculturalidad, tener visión familiar y comunitaria.

Las Normas y Protocolos también ayudan a determinar su cumplimiento y aplicación dentro de los centros operativos, pudiendo incluso determinar estudios investigativos, durante todo el manejo del embarazo y con especial énfasis desde el contacto de la usuaria con el profesional de salud, identificando factores de riesgo y evaluando al personal a cargo del cumplimiento de los

mismos, logrando a tiempo y de esta forma su corrección, brindando un mejor servicio de salud a la comunidad.

Por ello se hace un estudio investigativo teniendo como Objetivo General el conocer el cumplimiento y aplicación de la Norma y Protocolo Materno del Ministerio de Salud Pública (MSP) para la atención del parto por cesárea, de las mujeres atendidas en el Hospital Isidro Ayora (HRIA) de la Cuidad de Loja, en el período Abril a Octubre 2011, para determinar variables como grupo etario, escolaridad, paridad y edad gestacional, así como también para identificar el cumplimiento de los pasos y tareas en la aplicación de los Protocolos de manejo Prequirúrgico, Quirúrgico y Postquirúrgico de la embarazada con indicación de cesárea y los factores que influyen en el no cumplimiento de estos pasos y tareas, luego esta es contrastada con la información obtenida de lo realizado en el departamento de Gineco-Obstetricia entre los pasos y tareas que practica el personal que atiende en el HRIA, y finalmente socializada dicha información con los directivos que se encuentren a cargo de esta institución; para su desarrollo se aplicó un estudio descriptivo-transversal, usando la revisión de las Historias Clínicas de las usuarias, complementándose con entrevistas directas dichas usuarias y a los médicos(as) que trabajan en ese departamento de salud, durante el período de Abril a Octubre del 2011.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la tasa de cesáreas no supere el 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los de los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos.

Según la OMS los índices de cesáreas en el Ecuador son demasiado altos.

El respeto al nacimiento natural es la base del llamado parto humanizado.

"LAS ALTAS TASAS DE CESÁREAS NO INDICAN NECESARIAMENTE UNA BUENA CALIDAD EN LA ATENCIÓN O LOS SERVICIOS".

Revisión de Literatura

Un bebé es algo que llevas dentro de ti 9 meses, en tus brazos 3 años y en tu corazón hasta el día que te mueras. (Mary Mason)

La resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la operación cesárea constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal contemporánea y ha tenido indiscutiblemente un impacto extraordinario en la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Los aportes científicos y tecnológicos que ocurrieron en el siglo XX, permitieron la introducción de técnicas quirúrgicas con asepsia y anestesia confiables y de métodos sofisticados para la detección temprana del sufrimiento fetal agudo contribuyeron en forma por demás importante al incremento en el uso de la operación cesárea que se observó en la década de los años sesenta en todos los países alrededor del mundo. Sin embargo, en la época reciente ha ocurrido un aumento considerable en la práctica innecesaria de la operación cesárea, que ciertamente no es inocua y conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos, con lo que esta técnica operatoria pierde su enorme efecto benéfico de salvar vidas de madres y recién nacidos cuando está bien indicada. El incremento tan notable en nuestro país en el número de cesáreas sin indicaciones justificadas en las instituciones del sector público y privado, ha sido motivo de preocupación para el Sistema Nacional de Salud, por lo que el Ministerio de Salud Pública, en apoyo con diversas instituciones locales, seccionales e internacionales, han puesto en marcha diversos proyectos con el fin de disminuir los riesgos materno-neonatal que nos han venido acechando hasta la actualidad, por ello presento un recuento histórico de las normas que se han puesto en mi país para tratar de contrarrestar este problema que es tan nuestro como el que aqueja al resto de países Latinoamericanos y países del primer mundo. (10)

Muerte Materna en Sud América y México

Países	Razón MM x 100.000 n.v.:n/c**	Nº anual de muertes maternas
Argentina (05)*	39,2	273
Bolivia (99 -03)	230,0	604
Brasil (04)	76,1	2.814
Chile (04)	19,8	50
Colombia (05)	72,7	632
Ecuador (05)	85,0	239
México (05)	63,4	1.315
Paraguay (04)	153,5	235
Perú (94 -00)	185,0	1.084
Uruguay (06)	n/c	6
Venezuela (05)	59,9	357
TOTAL	79,9	7.609

Fuente: "Medicina Materna Feto Neonatal. Mortalidad Materna e Infantil América latina y Caribe Latino. www.nacerlatinoamericano.org"; 2008.

Riesgo de morir a causa de un embarazo en América Latina

País	Riesgo de morir , 1 mujer en :	País	Riesgo de morir , 1 mujer en :
Bolivia	26	Honduras	75
Brasil	130	México	220
Colombia	300	Nicaragua	100
Cuba	490	Panamá	510
Ecuador	150	Paraguay	120
El Salvador	65	Perú	85
Guatemala	75	Rep. Dominicana	230
Haití	17	Uruguay	410

Fuente: OPS Noviembre. 2002.

MORTALIDAD MATERNA

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como "la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales". Por lo general se hace una distinción entre «muerte materna directa» que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y una «causa de muerte indirecta» que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud pre-existente o de reciente aparición. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas al mismo se denominan accidentales, incidentales o no-obstétricas.

Aumento de la Tasa De Cesárea

En 2002, la tasa de cesárea incremento hasta la cifra más alta alguna vez informada en EEUU: 26,1%. El aumento de la tasa total de cesárea fue impulsado tanto por un incremento de la tasa de cesárea primaria, como por una empinada declinación del parto vaginal después de cesárea (VBAC). Las fuerzas comprendidas en estos cambios de las tasas de cesáreas, son multifactoriales y complejas. Por ejemplo, la indicación principal para parto por cesárea es la distocia y hay pruebas de que este diagnóstico ha aumentado. Este incremento se debe en parte a un mayor cuidado de la madre, paridad más baja y edad más avanzada. La declinación aguda de los partos por VBAC, probablemente se relaciona con el riesgo de rotura intrauterina asociado con VBAC y presiones legales acompañantes. En defensa de la cesárea se ha informado una relación constante entre las tasas crecientes de cesárea y las tasas de disminución de las muertes perinatales. Otras fuerzas sin duda incluidas en la tasa record de cesáreas son las cesáreas sistemática para presentación de nalgas y aumento de la inducción del parto. Un factor que se está sugiriendo, es la elección por parte de la paciente, o cesárea a solicitud. Un ímpetu que está surgiendo para esas solicitudes es el deseo de prevenir la lesión de piso de la pelvis y lo que reduce la incidencia de incontinencia de heces, flatos y orina, así como prolapso de los órganos pélvicos. (3)

Recuento Histórico de las Normas de Salud Materna-Neonatal en el Ecuador

Remontándonos hace más de 20 años atrás, nos damos cuenta de que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador se enfrentaba a una mayor morbi-mortalidad tanto materna como infantil, que obedecía a muchos factores, pero que en parte se debía a una inadecuada estructuración de las Normativas y Protocolos a seguir, es a partir del año de 1988 y 1990 que mediante la revisión

bibliográfica de los textos de atención Materno-Infantil que llevan por título “Normas para la Atención Materno-Infantil”, nos damos cuenta que existe una estructuración diferente de los mismos comparándolo con los actuales, dándose un mayor énfasis en ciertas Normas, sin embargo estas resultan más un resumen bibliográfico de temas a revisar, como la atención previa al parto, los controles durante el mismo y el manejo en el momento del parto, además de ciertas patologías que se puedan presentar durante el embarazo.

A partir del año de 1992, el nuevo recopilado del Ministerio de Salud mantiene el mismo título que sus predecesores, sin embargo se agrega, el manejo del parto dependiendo del nivel de complejidad que presente, poniendo de manifiesto ciertos Protocolos que se deberían seguir en caso de complicaciones y manejo tanto del preparto, parto y posparto.

Es prácticamente desde el año 1996 en adelante se aplican ciertos Protocolos para la atención del Parto Normal, aunque de una manera desorganizada y no explicita, manteniendo los parámetros de la década anterior.

Recién para el año de 1999 con la publicación del Libro llamado “Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva”, es cuando se pone de manifiesto una Normativa y Protocolo a seguir por parte de los médicos Ecuatorianos, en donde se emprende un cambio de época y así tener más claro el panorama en cuanto a la atención del parto normal, aunque de igual forma sigue sin ser explícito, y más aún, siguen sin tomarse en cuenta la formulación de normas y protocolos para atender cesáreas, sus indicaciones, contraindicaciones, riesgos, beneficios y complicaciones. (4)

Eh aquí un recuento histórico de las publicaciones emitidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para el manejo de los partos en instituciones Públicas (4):

1988	***Manual de normas para la atención materno - infantil por niveles de complejidad*.** Consejo Nacional de Salud, Quito, 198 págs. (vigente hasta 1990)
1990	***Manual de normas para la atención materno - infantil por niveles de complejidad***. Consejo Nacional de Salud, Quito, 210 págs. (vigente hasta 1992)
1992	***Manual de normas para la atención materno - infantil por niveles de complejidad***. Consejo Nacional de Salud, Quito, 306 págs. (vigente hasta 1999).
1995	***Manual de normas y procedimientos para la atención integral a la salud de los/las adolescentes con énfasis en salud reproductiva.*** Dirección nacional de fomento y protección, Quito, 103 págs.
1996	***Guía básica para la atención y manejo de las emergencias obstétricas por niveles de complejidad.*** Dirección general de salud, Dirección nacional de fomento y protección, Quito, 93 págs.
1999	***Normas y procedimientos de atención en salud reproductiva.*** Dirección nacional de promoción y atención integral de salud, Quito, (contiene los siguientes módulos: Planificación familiar, materno-perinatal, adolescencia, ETS, VIH-SIDA, bioseguridad, climaterio e infertilidad, violencia, y cáncer ginecológico).
2003	***Normalización Técnica de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) como tratamiento del aborto incompleto.*** Addendum al capítulo de aborto de las *Normas y procedimientos de atención en salud reproductiva.*
2005	***Manual de normas y procedimientos para la atención integral de los y las adolescentes*.** Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Quito, 87 págs.
2006	***Addendum a la norma nacional para el manejo activo del tercer período del parto***.
2008	***Plan para la reducción acelerada de la muerte materna y neonatal***. Consejo Nacional de Salud (CONASA), Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Quito, 58 págs. Contiene los siguientes capítulos normativos de salud sexual y reproductiva:
	2008 - Norma y protocolo materno.

	Consejo Nacional de Salud (CONASA), Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Quito, 319 págs.
	2008 - *Norma y protocolo neonatal*. Consejo Nacional de Salud (CONASA), Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Quito, 175 págs.
	2008 - *Manual de estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materno-neonatal*. Consejo Nacional de Salud (CONASA), Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Quito, 86 págs.
	2008 - *Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado*. Consejo Nacional de Salud (CONASA), Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Quito, 63 págs.

Fuente: "Enfoque intercultural de las Normas de Salud Materna"; Ecuador 1994-2009.

Como se puede apreciar, el MSP ha revisado y actualizado las normativas publicadas cada cierto tiempo, de acuerdo al flujo de innovaciones; por ejemplo, en los últimos 15 años, las normas de atención materno-infantil se han modificado en tres ocasiones (1992, 1999, 2008).

Función y Capacidad de los Centros y Subcentros de Salud de acuerdo a los Niveles de Atención del MSP del Ecuador

NIVEL I: El nivel I es el encargado de la referencia oportuna y en condiciones adecuadas al nivel superior II y III.

NIVELES II y III: Los niveles II y III son los encargados de atender este procedimiento.

CESÁREA

Definición: Extracción del producto a través de una incisión quirúrgica en la pared anterior del abdomen y útero cuando el parto vaginal plantea riesgos para

la madre y/o el producto que exceden a los de esta intervención. Es la cirugía mayor más frecuente en mujeres.

CODIFICACIÓN DE ACUERDO AL MSP DEL ECUADOR (5)

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
O 82	Parto único por cesárea
O 82 0	Parto por cesárea electiva
O 82 1	Parto por cesárea de emergencia
O 82 2	Parto por cesárea con histerectomía
O 82 8	Otros partos únicos por cesárea
O 82 9	Parto por cesárea, sin otra especificación
O 84 2	Parto múltiple, todos por cesárea

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2
W59	Otros procedimientos terapéuticos NE
W99	Otros problemas / enfermedades del embarazo y parto

TIPOS DE CESÁREA (6)

A. Según antecedentes obstétricos de la paciente.

- Primera: Es la que se realiza por primera vez.
- Iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
- Previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

B. Según indicaciones

- Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.

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

C. Según técnica quirúrgica.

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

Corporal o clásica:

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

Segmento corporal: (Beck)

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

Segmento arciforme o transversal: (Kerr)

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

INDICACIONES DE CESÁREA

1. Causas Maternas

1. Tumores benignos o malignos del canal de parto.
2. Cirugía uterina previa, plastia vaginal.
3. Patología que comprometa el bienestar materno y/o fetal: desprendimiento de retina, insuficiencia cardiaca o respiratoria.
4. Psicosis, retardo mental, alteraciones de la conciencia.

2. Causas Fetales

1. Compromiso del bienestar fetal.
2. Distocias de presentación.
3. Embarazo múltiple con distocia de presentación o patología obstétrica.
4. Malformaciones fetales o Gemelos siameses que supongan distocia.
5. Macrosomía fetal (>4000 gr).

3. Causas Materno Fetales

1. Antecedentes obstétricos desfavorables: óbito fetal, mortinato, muerte neonatal precoz, uso de fórceps.
2. Riesgo de transmisión vertical: Infección por HIV – HPV / Condilomatosis - herpes genital activo.

3. Preeclampsia grave, eclampsia o Síndrome de HELLP que no ceden al tratamiento.

4. Causas Obstétricas

1. Cesárea iterativa (si no aplica parto vaginal postcesárea).
2. Distocias dinámicas del trabajo de parto.
3. Desproporción cefalopélvica.
4. Desprendimiento prematuro de placenta grado II.
5. Placenta previa oclusiva total o parcial.
6. Prolapso de cordón umbilical.
7. Rotura uterina previa.

INDICACIONES MÁS FRECUENTES CRITERIOS PARA LA TOMA DE DECISIÓN

Las principales indicaciones de la operación cesárea son:

1. Desproporción cefalopélvica
2. Cesárea previa
3. Sufrimiento fetal
4. Ruptura prematura de membranas
5. Presentación pélvica

Aunque la ruptura prematura de membranas no se considera entre las principales indicaciones médicas, en nuestro país se ha observado que esta complicación condiciona un incremento relativo en el número de cesáreas.

1. DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA

Condición de origen materno, fetal o mixto dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal. La desproporción cefalopélvica ocurre en las siguientes circunstancias:

• Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal con buena actitud.

• Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud.

• Pelvis y feto normales con diámetros fetopélvicos limítrofes, después de una prueba de trabajo de parto infructuoso. El diagnóstico de la desproporción cefalopélvica se establece mediante una valoración clínica adecuada de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagenología. Ante la duda diagnóstica se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto.

Prueba de trabajo de parto.

Es el procedimiento obstétrico a que se somete una parturienta con relación cefalopélvica límite y mediante su vigilancia y conducción sin riesgo materno, tiene por objeto conseguir la evolución del trabajo de parto, venciendo obstáculos previstos y presumiblemente franqueables.

Toda prueba de trabajo de parto debe apegarse estrictamente a los requisitos para su inicio, la metodología para su ejecución y la decisión oportuna del momento de su terminación.

A) Requisitos para iniciar la prueba

• Embarazo a término.

• Presentación cefálica abocada.

• Dilatación de 4 cm o más.

• Actividad uterina regular (espontánea o inducida con oxitócicos).

• Membranas rotas.

• Buen estado materno y fetal.

• Evacuación de vejiga y recto.

• Al iniciar la prueba debe ser realizada una estimación del progreso del trabajo de parto que se espera obtener en un período determinado y vigilar cuidadosamente la evolución mediante un partograma.
• La presencia de tinte meconial en líquido amniótico es señal de alarma, aunque no contraindica la prueba.
• Puede estar indicada la analgesia/anestesia a criterio del médico tratante.

B) Cuidados durante la prueba de trabajo de parto.

• Mantenimiento de una adecuada actividad uterina (3-5 contracciones en 10 min.) según la etapa del trabajo de parto, se emplearán oxitócicos si es necesario.
• Auscultación cardíaca fetal cada 15 a 30 minutos, antes, durante y después de la contracción. Monitorización electrónica siempre que sea posible.
• Empleo de un apósito vulvar para vigilar cambios en las características del líquido amniótico.
• Tacto vaginal cada 2 horas para precisar: dilatación, grado de descenso de la presentación, rotación, flexión y modelaje de la cabeza fetal.

La prueba se suspenderá en caso de que exista falta de progresión del trabajo de parto en un periodo no mayor de 4 horas, signos de sufrimiento fetal o alguna otra indicación de cesárea que se presente en el transcurso de la prueba.

2. CESÁREA PREVIA

La práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos a la operación cesárea, sin embargo el concepto clásico de "una vez cesárea, siempre cesárea" ha prevalecido en el ámbito médico, por lo que esta condición representa una de las principales indicaciones de esta operación. De acuerdo a estudios de

investigación recientes, la estrategia de permitir un parto vaginal a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones. Se decidirá permitir un parto vaginal en mujeres con cesárea previa, únicamente en unidades de segundo o tercer nivel de atención con personal capacitado para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse.

Contraindicaciones para permitir el parto vaginal en mujeres con cesárea previa

• Antecedente de dos o más cesáreas previas segmento arciforme

• Antecedentes de cesárea previa tipo segmento-corporal, corporal o presencia de otras cirugías uterinas

• Antecedente de cesárea previa reciente (menor a 6 meses)

• Antecedentes de ruptura uterina o dehiscencia de histerorrafia

• Pelvis no útil clínicamente

En embarazos pretérmino y postérmino, gemelares o con productos macrosómicos, se valorará cuidadosamente el caso.

Precauciones durante el trabajo de parto en pacientes con cesárea anterior

a) Primer periodo del parto (dilatación):

• Estar debidamente preparados para realizar una cesárea de urgencia en un lapso menor de 30 minutos.

• Vigilancia estrecha del trabajo de parto y monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) por medios clínicos: estetoscopio de Pinard o equipo Doppler, o preferentemente con medios electrónicos si se cuenta con este recurso.

• Analgesia / anestesia a criterio del médico tratante.

• El uso de oxitocina para la conducción, se decidirá únicamente en el segundo o tercer niveles de atención.

b) Segundo periodo del parto (expulsivo):

• Se recomienda la aplicación profiláctica de fórceps o extractor de vacío bajo, en caso de contar con personal entrenado, a fin de abreviar el periodo expulsivo y evitar complicaciones maternas, aunque no se considere un requisito indispensable para permitir un parto por vía vaginal.

c) Tercer periodo del parto (alumbramiento):

• Vigilancia estrecha del alumbramiento.

• Revisión sistemática y cuidadosa de la cavidad uterina incluyendo la histerorrafia previa.

d) Suspensión del trabajo de parto.

La prueba de trabajo de parto deberá suspenderse bajo las siguientes circunstancias:

• Sospecha de dehiscencia de histerorrafia.

• Sufrimiento fetal agudo.

• Falta de progresión del trabajo de parto.

3. SUFRIMIENTO FETAL

El sufrimiento fetal se define como una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno-fetal, que ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglicemia y acidosis. Estas alteraciones provocan un funcionamiento celular anormal que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso la muerte fetal. Los factores causales del sufrimiento fetal pueden ser reversibles (hipotensión materna, efecto Poseiro, hipercontractilidad por uso de oxitócicos), o irreversibles (causa fetal, placentaria o del cordón umbilical). El concepto de sufrimiento fetal no es suficientemente preciso, por lo que se ha recomendado utilizar: “alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal”, término que ayuda a describir clínicamente el tipo y severidad de las modificaciones que existen. El

sufrimiento fetal puede ser agudo o crónico. Puede presentarse antes o después del inicio del trabajo de parto, generalmente relacionado con padecimientos materno-fetales con compromiso de la perfusión placentaria, como: infecciones, trastornos hipertensivos, Isoinmunización Rh, diabetes con daño vascular, anemia severa, que se traducen generalmente en un retardo en el crecimiento fetal intrauterino y oligoamnios.

Estos embarazos se consideran de alto riesgo y deben ser vigilados con pruebas de bienestar fetal y en caso de encontrar alteraciones de las mismas, se valorará el momento y la vía más adecuada para la interrupción de la gestación.

Sufrimiento fetal agudo

El sufrimiento fetal agudo, se establece generalmente durante el trabajo de parto y puede presentarse en una gran variedad de circunstancias relacionadas con problemas o accidentes propios del mismo, en un feto previamente normal, o bien, en un feto con sufrimiento fetal crónico que tiene un episodio agudo durante el trabajo de parto.

Diagnóstico

El diagnóstico de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto se sustenta fundamentalmente en: alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, pudiendo acompañarse de la presencia o no de meconio y alteraciones del pH de la sangre capilar obtenida del cuero cabelludo fetal (en los centros que cuentan con este último recurso).

La sola presencia de meconio no es una indicación para la terminación inmediata del embarazo, este signo tiene valor para considerar la indicación de cesárea cuando se acompaña de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal y cuando ocurren cambios en su coloración y densidad. La frecuencia cardíaca fetal puede ser evaluada a través de varios métodos: auscultación clínica con

estetoscopio de Pinard, equipo Doppler o mediante el registro electrónico con un cardiotocógrafo.

a) Auscultación clínica

En el caso de utilizar el estetoscopio de Pinard o el equipo Doppler se auscultará la frecuencia cardíaca fetal antes, durante y después del acmé de una contracción uterina, a intervalos de 15 minutos durante el período de dilatación y de 5 minutos durante el período expulsivo. Se considerarán los siguientes parámetros para evaluar la frecuencia cardíaca:

Basal (normal): 120-160 latidos / min.

Bradicardia:

- leve: entre 110-119 latidos / min.
- moderada: entre 100-109 latidos/min.
- severa: por debajo de 100 latidos/min.

Taquicardia:

- leve: entre 160 -169 latidos / min.
- moderada: 170-179 latidos / min.
- severa: mayor de 180 latidos/min.

Mediante la auscultación realizada por personal médico con experiencia, se pueden detectar alteraciones del ritmo de la frecuencia cardíaca fetal tales como: taquicardia, bradicardia y desaceleraciones.

Se considerará la realización de una operación cesárea, cuando exista la asociación de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, detectada por medios clínicos y la presencia de líquido amniótico meconial, sobre todo si existieran cambios en la coloración y/o en la densidad de éste.

b) Auscultación mediante cardiotocografía.

En las unidades de atención que disponen de equipos de cardiotocografía se registrará la frecuencia cardíaca fetal y su relación con las contracciones uterinas. Las principales alteraciones que pueden observarse son:

- Bradicardia menor de 100 latidos/min mantenida durante 5 minutos o más.
- Presencia de desaceleraciones tardías o dips tipo II en el 30 % o más de las contracciones.
- Desaceleraciones variables graves (menos de 70 latidos/min. de más de 60 seg. de duración) en el 50 % de las contracciones.
- Variabilidad de la curva de 5 latidos/min. o menos por más de 30 minutos.
- Taquicardia mayor de 170 latidos/min. que persisten por más de 10 min.
- Patrón sinusoidal (con amplitud menor de 5 latidos / min.), sin observarse movimientos fetales, ni aceleraciones. Se considerará la operación cesárea, cuando exista la asociación de dos o más de las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal antes señaladas.

c) Alteraciones en el pH sanguíneo.

La determinación del pH sanguíneo fetal, en muestras obtenidas por punción del cuero cabelludo o cordocentesis, es un método que complementa el diagnóstico de sufrimiento fetal, pero tiene los inconvenientes de ser un procedimiento invasivo y no exento de riesgos y complicaciones. Los valores de pH < 7.20 en el período de dilatación y de < 7.10 en el período expulsivo deben considerarse como indicador de acidosis fetal grave.

Conducta ante la sospecha de sufrimiento fetal agudo.

El tratamiento inicial del sufrimiento fetal agudo deberá ser in útero, dependiendo de las causas que lo originaron, por lo que es fundamental la

identificación temprana del factor etiológico. La operación cesárea no es la primera opción terapéutica. El manejo del sufrimiento fetal dependerá de la naturaleza de su origen:

a. Si el factor causal es reversible

- Corregir adecuadamente la causa.
- Reanimación fetal intraútero.
- Una vez recuperado el feto, se puede continuar con el trabajo de parto bajo una estrecha vigilancia.

b. Si el factor es irreversible

- Reanimación fetal intraútero.
- Resolución del embarazo por la vía más rápida y menos agresiva para el feto, una vez recuperadas las condiciones fetales.

Reanimación fetal intraútero.

a) Colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo
b) Administrar oxígeno a la madre 8-10 litros/min., para aumentar la presión parcial de este gas en los tejidos fetales.
c) Administrar a la paciente solución glucosada al 10% en venoclisis con un goteo de 60 por minuto, excepto en pacientes diabéticas descompensadas las cuales se hidratarán con otra solución.
d) Disminuir la contractilidad uterina
e) ∗ Suspender la oxitocina en los casos en que se estuviera utilizando.
f) ∗ Utilizar fármacos uteroinhibidores de ser necesario: (terbutalina, fenoterol, entre otros), con vigilancia estrecha de signos vitales.
g) Vigilancia estrecha de la frecuencia cardíaca fetal (el feto se recupera aproximadamente a los 30 min. de iniciada la reanimación).

Antes de decidir realizar una operación cesárea por sufrimiento fetal agudo, se asegurará que la reanimación fetal ha sido efectiva, descartando la posibilidad de muerte fetal.

4. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Es la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares en embarazos mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 hrs. antes del inicio del trabajo de parto.

Diagnóstico

El diagnóstico clínico se realiza mediante la observación directa de la salida espontánea de líquido amniótico, a través del orificio cervical en el examen con espejo vaginal, o mediante maniobras que hagan evidente la salida de líquido amniótico como: la compresión del fondo uterino con una mano, mientras que con la otra se rechaza ligeramente la presentación (maniobra de Tarnier) o se le indica a la paciente que puje (maniobra de valsalva); en algunas ocasiones puede ser difícil establecer el diagnóstico y se requiere del apoyo de métodos auxiliares de laboratorio y de gabinete.

Exámenes de laboratorio y gabinete.

Los exámenes del laboratorio consisten en el análisis de la muestra del líquido amniótico, tomada del fondo de saco vaginal posterior, en el que se determina: pH, cristalografía, identificación de células naranjas, y si es factible, fosfatilglicerol, alfafetoproteína, y fibronectina fetal. Los estudios de gabinete incluyen: ultrasonido para medir la cantidad de líquido amniótico y amnioinfusión, adicionando algún colorante (índigo carmín o violeta de genciana) y la colocación de apósito vaginal para corroborar la ruptura de membranas a través de su tinción.

Conducta ante la ruptura prematura de membranas.

- La conducta obstétrica en estos casos depende de:
- Tiempo de evolución de la ruptura
- Sospecha o certeza de infección.
- Edad gestacional y madurez fetal.
- Condiciones obstétricas.

Cuando no existe evidencia de infección, se realizará un manejo conservador de la paciente, que deberá incluir: estrecha vigilancia clínica, limitando la práctica de tactos vaginales, y la realización de exámenes de laboratorio y gabinete para la detección oportuna de signos y síntomas de infección amniótica, y en casos específicos, se requerirá de antibióticoterapia profiláctica y esquema de maduración pulmonar. En general, la atención de la embarazada en estos casos, requiere que la unidad médica cuente con servicios especializados para la atención del neonato. En aquellos casos en que la ruptura de membranas ocurra entre la semana 26 y 32, se valorará el uso de Uteroinhibidores.

La conducta obstétrica en los casos de ruptura prematura de membranas, es la siguiente:

a) Menor de 26 semanas de gestación: interrupción del embarazo por vía vaginal con el consentimiento de la mujer.
b) Entre 26 y 28 semanas de gestación: cuando se cuente con los recursos mínimos para la atención del neonato, se realizará operación cesárea; cuando no se cuente con éstos, preferentemente se buscará el traslado de la paciente a otro nivel de atención, si no es posible, la vía de elección para la resolución del embarazo será vaginal.
c) Entre 29 y 32 semanas de gestación: se realiza operación cesárea.
d) Entre las semanas 33 y 36 de gestación: se valorarán las condiciones obstétricas y se resolverá el embarazo por la vía más favorable.

e) De la semana 37 en adelante: sin trabajo de parto, con el feto en presentación cefálica, flexionada y sin sufrimiento fetal, se inducirá maduración cervical con prostaglandinas durante 12 hrs., con una inducto-conducción subsecuente del trabajo de parto con oxitocina. En caso de que no se cuente con prostaglandinas se mantendrá una actitud expectante durante 24 hrs. en espera del inicio espontáneo del trabajo de parto, de no suceder esto, se procederá a la inducción del trabajo de parto con oxitocina. En caso de que se sospeche de infección, debe tomarse una muestra de líquido amniótico para cultivo y antibiograma y establecer un esquema con antibioticoterapia, de acuerdo a los protocolos del Comité para el uso racional de antibióticos de la unidad hospitalaria, además está indicado resolver inmediatamente el embarazo, independientemente de la edad gestacional y del grado de madurez pulmonar fetal. La insistencia en intentar un parto vaginal en estas pacientes puede resultar potencialmente peligrosa; la conducta propuesta es no esperar más de 4 horas después de establecido el diagnóstico.

5. PRESENTACIÓN PÉLVICA

La presentación pélvica ocurre en el 3-4 % del total de los embarazos. En la mayoría de las unidades obstétricas, esta modalidad de presentación constituye una indicación de cesárea (excepto cuando la paciente acude en periodo expulsivo).

El parto vaginal en presentación pélvica se permitirá únicamente bajo ciertas condiciones:

• Experiencia del médico en la atención del parto en presentación pélvica.
• Antecedentes de cuando menos un parto vaginal previo.
• Embarazo a término

• Pelvis clínicamente útil
• Inicio espontáneo del trabajo de parto.
• Variedad de presentación franca de nalgas, con buena actitud de la cabeza y de los miembros superiores.
• Presentación en un segundo o tercer plano de Hodge.
• Peso fetal estimado entre 2300 y 3600 gramos.
• Bolsa amniótica íntegra.
• Posibilidad de monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal y de las contracciones uterinas.

COMPLICACIONES

Las complicaciones de la operación cesárea se pueden presentar en forma

a) Transoperatorias: estas complicaciones pueden ocurrir en la madre, en el feto o en ambos

- Complicaciones Maternas: hipotonía o atonía uterina hemorragia, lesiones de intestino delgado o grueso, vejiga, así como tromboembolismo del líquido amniótico y prolongación de la histerorrafia que pueda desgarrar o lacerar las arterias uterinas. La anestesia puede condicionar complicaciones en la madre que pueden ser respiratorias: hipoventilación, depresión respiratoria, edema laríngeo, broncoaspiración, broncoconstricción, paro respiratorio, absorción masiva de anestesia, y cardiovasculares: hipertensión, taquicardia, bradicardia, arritmia, insuficiencia cardíaca y paro cardíaco.

- Complicaciones Fetales:
  Traumatismos, broncoaspiración, depresión respiratoria.

b) Postoperatorias:

- Complicaciones Maternas:
  1. Inmediatas: hipotonía uterina, hemorragias, hematomas, lesiones en vejiga, uréter, intestino e íleon paralítico.
  2. Mediatas: infecciones: puerperal, urinaria, respiratoria, anemia, hemorragia por retención de restos placentarios, dehiscencia de la histerorrafia entre otras.
  3. Tardías: ruptura uterina en embarazos subsecuentes y procesos adherencias.
- Complicaciones Neonatales:

Taquipnea transitoria del recién nacido y síndrome de adaptación pulmonar.

ANTIBIOTICOTERAPIA EN LA OPERACIÓN CESÁREA.

Como en otras intervenciones quirúrgicas, la realización de la operación cesárea conlleva riesgo de infección; la frecuencia y severidad de las infecciones depende de las condiciones en las que se realiza y con base en ello, puede considerarse como:

a) Limpia

b) Contaminada

c) Séptica

a) Limpia: Se considera que una operación cesárea es limpia cuando se realiza en condiciones asépticas, sin defectos de la técnica, ni lesiones en los aparatos gastrointestinal o urinario. No hay reacción inflamatoria en la vecindad y la cavidad uterina no está contaminada. En ésta no hay necesidad de utilizar antibióticos.

b) Contaminada: Se considera de este modo cuando existen:

• Trabajo de parto de más de 6 hrs.

• Más de 6 tactos vaginales

• Membranas rotas entre 6 y 24 hrs.

• Antecedentes de amniocentesis o instrumentaciones.

• Alto grado de dificultad en la técnica quirúrgica.

• Anemia severa (Hb. menor de 9 mg /dl).

• Líquido amniótico meconial

Se utilizarán antibióticos de manera profiláctica desde el momento en el que se realiza el pinzamiento del cordón umbilical.

c) Séptica: Cuando hay evidencia de infección clínica, supuración o presencia de materia fecal; en esta categoría se incluyen las cesáreas con uno o más de los siguientes factores:

• Cuadro febril.

• Líquido amniótico fétido o caliente.

• Ruptura de las membranas ovulares de más de 24 hrs.

• Cesáreas con alto grado de dificultad en la técnica quirúrgica.

La antibióticoterapia se mantendrá por vía endovenosa 72 hrs y se completará el esquema según la evolución de la paciente, si ésta es desfavorable, se revalorará la conducta y se adecuará el antibiótico, de acuerdo a los protocolos del Comité para el uso racional de antibióticos de la unidad hospitalaria.

REQUISITOS PREOPERATORIOS

La orientación y consejería en salud reproductiva se deberá iniciar desde la etapa prenatal, haciendo especial énfasis en la prolongación del periodo intergenésico y promoviendo la lactancia materna y el alojamiento conjunto. Estas acciones deberán reforzarse al ingreso de la paciente y durante su

estancia en la sala de labor. Antes de la operación cesárea deberán cubrirse los siguientes requisitos preoperatorios:

- Historia clínica perinatal completa, incluyendo exámenes de laboratorio y gabinete.
- Consentimiento informado de la mujer o de un familiar responsable, y firma de la autorización para realizar la operación cesárea. Previamente se informará a la paciente el motivo de la operación cesárea, así como los riesgos que esto implica, en el caso de que la paciente opte por un método anticonceptivo transcesárea o postcesárea, se recomendarán aquellos que no interfieran con la lactancia materna (dispositivo intrauterino medicado con cobre, oclusión tubaria bilateral o anticonceptivos hormonales que sólo contienen progestina) y se deberá contar con el consentimiento informado de la mujer. En el caso de la oclusión tubaria bilateral, por ser un método anticonceptivo permanente se requiere además la firma de consentimiento de la paciente en el formato institucional específico.
- Nota preoperatoria en el expediente clínico en la que se fundamente la indicación de la operación cesárea.
- La decisión de la mujer de que se le practique oclusión tubaria bilateral en la resolución del embarazo actual, no constituye por sí misma una indicación para realizar una operación cesárea.

CUIDADOS PREOPERATORIOS Y POSTOPERATORIOS

Los cuidados preoperatorios incluyen:

1. Valoración preanestésica para la práctica de anestesiología.
2. Ayuno preoperatorio de 8 hrs o más (cuando el caso lo permita).
3. Rasurado suprapúbico y aseo completo, con especial énfasis en la vulva y perineo.
4. Colocación de sonda vesical.

5. Disponibilidad de sangre segura y compatible.

Los cuidados postoperatorios consistirán en:

1. Medición horaria de signos vitales durante las primeras cuatro horas y posteriormente cada 8 hrs hasta el alta de la paciente.
2. Vigilancia de la diuresis durante las primeras 12 hrs y del inicio de la micción espontánea, después de retirar la sonda vesical.
3. Administración de líquidos por vía oral después de 8 hrs; una vez iniciado el peristaltismo intestinal se indicará dieta blanda.
4. Deambulación paulatina a partir de las 12 hrs de postoperatorio.
5. Estrecha vigilancia de la hemorragia transvaginal.
6. Reforzamiento de la orientación-consejería en salud reproductiva a través de comunicación interpersonal.
7. Vigilar sangrado de herida quirúrgica.
8. Retiro de puntos de sutura totales a los 7 días.

PROTOCOLOS Y NORMAS QUE EXISTEN EN NUESTRO PAÍS, RESTO DE LATINOAMÉRICA Y EUROPA

Observamos primeramente nuestro modelo actual de protocolos para la atención del parto por cesárea, en él se desglosan los 3 manejos interinstitucionales que cursa la usuaria, desde el momento en que llega a una institución pública, hasta que se va de regreso a casa, estos son el manejo Prequirúrgico, Quirúrgico y Posquirúrgico de la Embarazada con indicación de cesárea, así como los niveles de atención que posee el Ministerio de Salud Pública y hasta qué punto ellos pueden hacer dicho trabajo; se analizó varios textos, internacionales, pautas, normas, protocolos, sin embargo no he logrado hallar un modelo igual al Ecuatoriano, que reúna todos los parámetros, tiempos,

circunstancias, a las cuales se enfrenta la usuaria y el profesional, para desarrollar su trabajo y hasta qué punto deberá ser remitida a una casa de salud de mayor complejidad. Como sabemos, el practicar la cesárea, debe tener un motivo justificado para su ejecución, y en la actualidad, como se ha mencionado a lo largo del texto, se han incrementado desmesuradamente los embarazos que terminan por esta vía, los factores ya mencionados, han sido comprendidos por nuestros profesionales y en un esfuerzo por tratar de brindar un mejor servicio, han decidido realizar un Manual de Normas y Protocolos, al cual deben ajustarse estrictamente, y que a la postre servirá quizás a mediano o largo plazo, mostrar la realidad a la que nos encontramos sujetos, observar si este consenso se cumple, si ha servido, o que factores influyen para que no se cumpla a cabalidad. Por todo lo dicho dejo un par de ejemplos de otros países de la región y del mundo para su análisis y comparación con nuestro modelo.

ECUADOR:

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL EMBARAZO POR CESÁREA (5)

PROTOCOLO DE MANEJO PREQUIRURGICO DE LA EMBARAZADA CON INDICACION DE CESAREA (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL		
	I	II	III
1. Control prenatal habitual hasta la semana 36. • Si hay indicación de cesárea disponga la referencia a otra unidad de mayor resolución para atención por personal calificado; envíe con la paciente la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
2. Si la atención es de emergencia disponga de manera oportuna su ingreso a la unidad operativa o refiera en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	X	X	X
3. Realice o complete la Historia clínica perinatal.		X	X
4. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.		X	X
5. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.		X	X
6. Brinde apoyo emocional continuo.		X	X
7. Realice evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.		X	X
8. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardiaca fetal por cualquier método y examen vaginal.		X	X
9. Canalice una vía periférica con Catlon 16 -18. Tome muestras de sangre para las pruebas		X	X

necesarias antes de la administración de líquidos intravenosos y/o medicación.			
10. Registre la existencia en el control prenatal de exámenes de laboratorio previos: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, Glicemia, Urea, Creatinina, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado.		X	X
11. Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.		X	X
12. Tramite sangre o hemoderivados sanguíneos si Hb<7 mg/dl o el caso lo requiera.		X	X
13. Registre una nota explicativa con los hallazgos preoperatorios que justifican la cesárea.		X	X
14. Firma del consentimiento informado por parte de la paciente o familiar autorizado.		X	X
15. Parte operatorio firmado por médico de mayor experiencia.		X	X
16. Comunique del caso al Servicio de Anestesiología para valoración preanestésica y tipo de anestesia.		X	X
17. Comunique del caso al Servicio de Neonatología		X	X
18. Mantenga a la paciente en ayuno desde el diagnóstico cesárea de emergencia o al menos por 6 horas si la indicación es de cesárea programada. Si la indicación de cesárea es de emergencia administre antiemético: metoclopramida 1 amp IV.		X	X
19. RECORTE el vello exclusivamente en el área operatoria (30 minutos antes de la cirugía) NO RASURE.		X	X
20. Considere la profilaxis de tromboembolia venosa con vendaje de miembros inferiores.		X	X
21. Retire prótesis y joyas.		X	X
22. Traslade a Sala de Operaciones a la paciente en bata quirúrgica.		X	X

PROTOCOLO DE MANEJO QUIRURGICO DE LA EMBARAZADA CON INDICACION DE CESAREA. PASOS A SEGUIR EN NIVEL II Y III. (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	**NIVEL**	
	II	**III**
1. Ingreso a Sala de Operaciones.	X	X
2. Comunique del ingreso a Enfermería, Anestesiología y Neonatología.	X	X
3. Preparación por parte de Enfermería de mesa de instrumentación, mesa Mayo y material quirúrgico necesario.	X	X
4. Coloque a la paciente en la posición correcta para la anestesia indicada por médico anestesiólogo en la valoración preanestésica.	X	X
5. Aplicación de anestesia peridural - raquídea o general, según la valoración preanestésica.	X	X
6. Colocación de la embarazada en decúbito supino.	X	X
7. Monitorización continúa de tensión arterial, frecuencia cardiaca, respiratoria y nivel de conciencia.	X	X
8. Lavado quirúrgico de manos con 5 ml. de gluconato de clorhexidina al 2% u otro antiséptico, en dos tiempos de 1 y 5 minutos con enjuague intermedio.	X	X
9. Asepsia y antisepsia de campo quirúrgico abdominal y perineal con solución antiséptica.	X	X
10. Colocación de sonda vesical Foley N° 16.	X	X
11. Colocación de barreras protectoras: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica.	X	X
12. Colocación de campos quirúrgicos estériles.	X	X
13. Realice incisión Pfannestiel o media suprapúbica según el caso que compromete piel y tejido subcutáneo.	X	X
14. Apertura transversal o longitudinal cortante de aponeurosis muscular.	X	X
15. Apertura media de plano muscular y peritoneo parietal	X	X

16. Exposición de campo operatorio.	X	X
17. Histerotomía, amniotomía y extracción de RN, doble pinzamiento y sección de cordón umbilical.	X	X
18. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA: 1 dosis de Cefazolina 1 g. IV luego de pinzar el cordón umbilical. • Alternativa: Ampicilina 1 g. IV luego de pinzar el cordón umbilical.	X	X
19. Extracción manual de placenta y membranas con revisión de cavidad uterina.	X	X
20. Considere la necesidad del uso de uterotónicos adicionales al masaje realizado durante la revisión de cavidad uterina. (Ver hipotonía, atonía en hemorragia de la tercera etapa).	X	X
21. Histerorrafia en uno o dos planos festoneados según grosor del segmento uterino con sutura sintética absorbible 0 o 1.	X	X
22. Peritonización de histerorrafia con sutura sintética absorbible 00. Dependiendo del caso y experiencia quirúrgica ciertas técnicas quirúrgicas consideran opcional la síntesis de peritoneos.	X	X
23. Retiro de material intraabdominal y revisión de hemostasia.	X	X
24. Síntesis de peritoneo parietal con sutura sintética absorbible 00.	X	X
25. Síntesis puntos sueltos de plano muscular con sutura sintética absorbible 00.	X	X
26. Síntesis festoneada o con puntos sueltos de aponeurosis muscular con sutura sintética absorbible 1.	X	X
27. Síntesis de piel con puntos sueltos o sutura subdérmica con sutura sintética no absorbible 00 o 000.	X	X
28. Registro y verificación del sangrado total y diuresis.	X	X
29. Pase a sala de recuperación.	X	X

PROTOCOLO DE MANEJO POSQUIRURGICO DE LA EMBARAZADA CON INDICACION DE CESAREA. PASOS A SEGUIR EN NIVEL II Y III (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL	
	II	III
1. Mantenga vigilancia y registro cada 15 minutos de los signos vitales incluidos el fondo uterino y el sangrado por las 2 primeras horas postcesárea.	X	X
2. Iniciar el alojamiento conjunto (madre-niño/a) lo más rápido posible según la condición materna.	X	X
3. Incentivar la lactancia materna precoz.	X	X
4. Mantenga la sonda vesical por 12 a 24 horas según la anestesia recibida y la condición posquirúrgica.	X	X
5. Mantenga a la paciente en NPO por 6 horas mínimo.	X	X
6. Inicie tolerancia oral con sorbos de líquidos claros a las 6 horas de terminada la cesárea.	X	X
7. Fomente la deambulación precoz dentro de las primeras 24 horas de postcesárea como medida antiembólica.	X	X
8. Indique analgesia IV para el posquirúrgico inmediato y VO durante el período de hospitalización.	X	X
9. Evaluar el alta mínimo a las 48 horas postcesárea.	X	X
10. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.	X	X
11. Programe una cita para retiro de punto(s) quirúrgicos a los 7 días de la cesárea o proceda a la contrarreferencia escrita a la unidad de origen a. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y	X	X

sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.		
12. Instruya a la madre sobre la importancia del registro oportuno del nacimiento de su hijo en el Registro Civil.	X	X

Fuente: "Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma y Protocolo Materno.". Ecuador. 2008.

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES (5)

Fuente: "Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma y Protocolo Materno.". Ecuador. 2008.

MÉXICO:

En México, se elaboran protocolos similares a los ecuatorianos, de tal manera que tienen una visión amplia de la actividad y el responsable que se encarga de cumplir con la secuencia de etapas, algo similar a nuestros niveles de atención manejados por el MSP, así mismo existen otras coincidencias con los nuestros, eh incluso algunos son más detallados, por ejemplo, el registro del RN se realiza inmediatamente luego de nacer, así se ahorra tiempo, se ayuda a la usuaria y se evita la falta de registro de los RN. Sin embargo dejan muchos cabos sueltos, y no profundizan en el tema, no existe una descripción del proceso quirúrgico, tampoco ponen énfasis en brindar el apoyo emocional continuo, entre otras más diferencias. Se deja a consideración los Protocolos manejados en México desde el año 2009: (7)

SECUENCIA DE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1.0 Recepción de la paciente y valoración del grado de riesgo en el embarazo.	1.1 Recibe a la paciente y realiza la valoración de su estado y del grado de riesgo en el embarazo.	Subdirección de Ginecoobstetricia (División de Obstetricia) (Servicio de Urgencias Obstétricas)
2.0 Solicitud de estudios de laboratorio y/o gabinete e interconsultas necesarias.	2.1 Solicita en su caso, estudios de laboratorio y/o gabinete para corroborar el diagnóstico y de igual manera las solicitudes de interconsulta necesarias. • Estudios de laboratorio y/o gabinete • Solicitud de interconsulta	Subdirección de Ginecoobstetricia (División de Obstetricia) (Servicio de Urgencias Obstétricas)
3.0 Recepción de estudios y determinación de internamiento.	3.1 Recibe estudios de laboratorio y/o gabinete y determina si es sujeta a internamiento. Procede: No: Informa a la paciente. Si: Requisita la solicitud de ingreso. • Solicitud de ingreso.	Subdirección de Ginecoobstetricia (División de Obstetricia) (Servicio de Urgencias Obstétricas)

4.0 Verificación de existencia de expediente clínico.	4.1 Verifica si cuenta con expediente clínico. Procede: No: Instruye al familiar realizar los trámites administrativos para apertura de expediente clínico y la clasificación socioeconómica. Si: Solicita al Departamento de Admisión y Archivo Clínico el expediente correspondiente.	Subdirección de Ginecoobstetricia (División de Obstetricia) (Servicio de Urgencias Obstétricas)
5.0 Entrega del expediente clínico.	5.1 Entrega al médico el expediente clínico de la paciente. • Expediente Clínico.	Subdirección de Servicios Ambulatorios (Departamento de Admisión y Archivo Clínico)
6.0 Solicitud de traslado de la paciente a la Unidad Toco-quirúrgica.	6.1 Solicita que la paciente sea trasladada a la Unidad Toco-quirúrgica con el expediente clínico. • Expediente Clínico.	Subdirección de Ginecoobstetricia (División de Obstetricia) (Servicio de Urgencias Obstétricas)
7.0 Recepción y revisión de expediente clínico y asignación de cama en sala de labor	7.1 Recibe y revisa la papelería del expediente verificando la similitud de nombre y apellidos de la paciente con los del expediente para elaborar brazalete de identificación de madre e hijo y asigna cama en sala de labor.	Subdirección de Enfermería (Personal de Enfermería en Unidad Tocoquirúrgica)
8.0 Atención de parto ó realización de cesárea.	8.1 Atiende parto o realiza cesárea con asistencia del personal responsable, así como de los procedimientos médico-quirúrgicos correspondientes.	Subdirección de Ginecoobstetricia (Médico Tratante en Unidad Toco-quirúrgica)
9.0 Colocación de Dispositivo intrauterino.	9.1 Coloca dispositivo intrauterino (DIU) a la paciente que lo haya solicitado previamente y no existan contraindicaciones.	Subdirección de Ginecoobstetria (Médico Tratante en Unidad Toco-quirúrgica)
10.0 Identificación de la paciente y el producto con brazaletes	10.1 Identifica a la paciente y producto con los brazaletes y traslada a la	Subdirección de Enfermería (Personal de Enfermería en Unidad Tocoquirúrgica)

	paciente a sala de recuperación y se traslada al recién nacido (RN) a la zona de transición ó donde asigne el médico pediatra.	
11.0 Indicación del traslado del binomio a la habitación compartida.	11.1 Indica, de común acuerdo con el pediatra, que el binomio madre-hijo(a) sea trasladado a la habitación compartida, dependiendo de sus condiciones y a la capacidad del servicio, donde se promoverá la lactancia y la planificación familiar.	Subdirección de Ginecoobstetricia (Médico Tratante en Unidad Toco-quirúrgica)
12.0 Obtención de la huella plantar del recién nacido y del pulgar derecho de la madre.	12.1 Obtiene la enfermera la huella plantar del recién nacido y del pulgar derecho de la madre.	Subdirección de Enfermería (Personal de Enfermería en Unidad Tocoquirúrgica)
13.0 Elaboración y entrega de certificado de nacimiento e indicaciones para el alta.	13.1 Elabora y entrega al familiar de la paciente el certificado de nacimiento del recién nacido y las indicaciones necesarias para su recuperación y alta del servicio. **TERMINA PROCEDIMIENTO**	Subdirección de Enfermería (Personal de Enfermería en Unidad Tocoquirúrgica)

Fuente: "**PROCEDIMIENTO PARA INGRESAR Y ATENDER A LA PACIENTE EN LA UNIDAD TOCO-QUIRÚRGICA (UTQ) POR PARTO Y/O CESÁREA**" México. 2009.

ESPAÑA:

Un dato muy importante fue el que aportan los protocolos que han sido diseñados por españoles, los cuales tienen gran similitud a los ecuatorianos, siguen prácticamente la misma línea, toman muchos parámetros y siguen una cronología prácticamente igual a los usados por el MSP del Ecuador, existen muchas coincidencias, aunque su presentación no es la misma a la ecuatoriana ya que no se especifica cual es el nivel de atención que está encargado de hacer tal o cual proceso, tampoco se realiza un análisis previo de la usuaria, ni se brinda el apoyo emocional y continuo, que aplicamos en Ecuador, además

se manejan de igual manera las indicaciones para el RN, pero no hay datos sobre la información brindada acerca de métodos anticonceptivos que la usuaria podría solicitar si ella así lo decide, por otra parte, en lo que refiere al manejo quirúrgico, es prácticamente igual al nuestro, la analgesia pre y postoperatoria es más detallada, al igual que el manejo por sus especialistas. El resto de protocolos tiene mucha semejanza a los nuestros.

1. TÉCNICA QUIRÚRGICA: (8)

A. Medidas pre-operatorias

La paciente deberá permanecer durante la preparación-intervención quirúrgica en decúbito supino, con una inclinación lateral de 15 °, para reducir la compresión de la vena cava y, de esta manera, reducir la hipotensión materna.

B. Apertura de la pared

- Incisión de **Pfannestiel:** incisión suprapúbica transversa de concavidad superior, dos dedos por encima de la sínfisis púbica, y separación manual de los músculos rectos. Es la incisión **de elección** por sus excelentes resultados estéticos, menor dolor postoperatorio, y menor tasa de dehiscencias y hernias de pared. La apertura de los diferentes planos de la pared abdominal mediante disección roma se asocia a un menor tiempo operatorio y a una disminución de la morbilidad materna (menos fiebre puerperal). Tiene más riesgo de sangrado que la laparotomía media.
- **Laparotomía media infraumbilical**: permite una apertura rápida, es poco sangrante y un excelente campo quirúrgico.

Es de elección en los siguientes casos:

- Cesáreas urgentes con riesgo vital
- Hemorragia masiva
- En casos de necesidad de explorar el abdomen superior

- Gestantes con trastornos de coagulación con alto riesgo de sangrado (incluye descoagulación)
- Cesárea perimortem
- Gestante con laparotomía infraumbilical previa

C. Incisión uterina

- **Incisión segmentaria transversal baja: de elección**. Asociada a menor hemorragia, mejor cicatrización, menor incidencia de infecciones y menor riesgo de ruptura uterina en gestaciones posteriores. En contra, mayor riesgo de lesionar los vasos uterinos en caso de prolongación de los ángulos de la incisión.
- **Incisión corporal vertical o clásica:** incremento del riesgo hemorrágico, infeccioso y de ruptura uterina en gestaciones posteriores.

Puede ser útil en los siguientes casos:

- Parto pretérmino (<26 semanas) sin estar formado el segmento uterino inferior
- Situación transversa con dorso fetal inferior sin segmento uterino inferior formado
- Miomas cervicales de gran volumen
- Adherencias importantes en el segmento uterino inferior
- Cesárea posmortem
- Placenta previa con grandes vasos dilatados en el segmento uterino inferior

En el caso de realizar una incisión clásica, debe ser referenciado claramente en la historia, en el informe de alta, e informar a la paciente de las implicaciones respecto a las gestaciones posteriores (cesárea electiva, incremento del riesgo de rotura…).

D. Extracción del feto y placenta

- Las lesiones fetales durante la extracción son consecuencia, habitualmente, de extracciones difíciles. En estos casos, la relajación uterina con nitroglicerina

50-100 mcg IV o algún anestésico halogenado puede ser de ayuda. El riesgo de laceración fetal durante una cesárea es de aproximadamente un 2%.

- Debe reservarse el uso de fórceps/ vacuum para la extracción de la cabeza fetal cuando resulta dificultosa.
- Se realizara la recogida sistemática de sangre de cordón umbilical (SCU) para donación altruista al Banc de Sang i Teixits, de forma universal en todas las gestantes (teniendo en cuenta los criterios de exclusión). No es necesario que previamente se haya firmado el Consentimiento Informado, la gestante lo puede firmar inmediatamente después del parto y hasta los 7 días posteriores al mismo.
- Idealmente, se realizara un alumbramiento mediante tracción mantenida del cordón y no manualmente, pues esta maniobra incrementa el riesgo de endometritis.
- No existen estudios que demuestren la utilidad de la dilatación cervical después del alumbramiento en casos de cesárea programada, por lo que no se realizara sistemáticamente.

E. Cierre del útero y la pared abdominal

- Cierre del útero en monocapa, con Vicryl o Dexon del número 1. Sin embargo, en caso de una incisión clásica, se realizara el cierre de las 3 capas debido al grosor miometrial y el riesgo incrementado de rotura uterina.
- No exteriorización del útero durante la sutura porque se asocia a mayor dolor intraoperatorio, y no mejora ni el riesgo de hemorragia ni el riesgo de infección.
- No suturar el peritoneo visceral ni parietal. De esta manera se reduce el tiempo operatorio, la morbilidad materna y disminuye la necesidad de analgesia postoperatoria.
- No cruzar los puntos en la sutura continua de la fascia, ya que el cruce aumenta la isquemia del tejido. Se debe usar Vicryl o Dexon del número 1, con una separación entre puntos de 1 cm. En el caso de laparotomías medias, la

fascia de debe cerrar con sutura continua de hilo reabsorbible (tipo PDS del número 1). Se recomienda realizar dos hemicontinuas.

- No debe realizarse aproximación del tejido subcutáneo, solo en pacientes con más de 2 cm de tejido subcutáneo.
- No utilizar drenajes, ya que no disminuyen la incidencia de infección de la herida quirúrgica ni de serohematomas.

Se colocarán drenajes en las siguientes situaciones:

- Subaponeurotico en caso de cesárea iterativa si existe lesión muscular
- Síndrome de HELLP si se realiza una incisión tipo Pfannenstiel
- Supraponeurótico en pacientes obesas (IMC pregestacional>30)
- A criterio medico si alto riesgo de sangrado
- El cierre de la piel puede realizarse con sutura intradérmica, puntos simples o grapas.
- Colocar apósito compresivo en el quirófano.

2. MEDICACIÓN INTRAOPERATORIA:

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

Se realizara sistemáticamente profilaxis antibiótica endovenosa con una dosis única de cefalosporina de primera generación (**CEFAZOLINA 2g EV**), inmediatamente tras clamplaje del cordón umbilical, para reducir el riesgo de endometritis, infecciones del tracto urinario e infección de la herida quirúrgica (que ocurren hasta en el 8% de las mujeres sometidas a una cesárea). El parto por cesárea, especialmente si es urgente o en curso de parto, multiplica el riesgo de endometritis x 10. Es por ello que se recomienda la profilaxis antibiótica sistemática, ya que permite una reducción del riesgo de endometritis en un 60-70%.

Si alergia a penicilina: **CLINDAMICINA 600 mg EV + GENTAMICINA 240 mg EV (adaptar a 3-5mg/Kg en caso de IMC extremos).**

PROFILAXIS ATONIA

- De elección, se realizara **alumbramiento dirigido con un bolus de 3 U de oxitócica** endovenosa para facilitar la contracción uterina y disminuir la perdida hemática. No se ha de esperar a la salida de la placenta para administrar la oxitócica.
- **En pacientes hemodinámicamente inestables y cardiópatas de manera electiva** se administrara **cabetocina 100 mcg** EV dosis única.

3. MEDICACIÓN POSTOPERATORIA:

SUEROTERAPIA:

- 1500 ml de suero glucosado al 10% y Ringer 1000-1500 ml alternados, en 24 horas.

UTEROTÓNICOS:

- 10 unidades de Oxitócica en sueros alternos, las primeras 12 horas.

PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA:

- La cesárea es un factor de riesgo independiente de enfermedad tromboembólica. Por lo tanto, se aconseja profilaxis con heparina de bajo peso molecular a las gestantes sometidas a una cesárea que presenten algún otro factor de riesgo trombótico.
- Se administrara heparina de bajo peso molecular (5000-7500 UI / 24 horas subcutánea), a las 6 horas post-retirada del catéter o de IQ (si anestesia general) y se mantendrá hasta la movilización de la gestante, si coexiste algún otro factor de riesgo como:

· Edad materna > 35 anos

· Obesidad (IMC>25 antes de la gestación)

· Insuficiencia venosa severa

· Infección con repercusión sistémica

· Preeclampsia

· Patología materna asociada con riesgo trombótico: cardiopatía, patología pulmonar, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome nefrótico o neoplasia

ANALGESIA:

- Según la técnica anestésica utilizada durante la cesárea, (Epidural o Intradural) se prescribirá el protocolo analgésico:

- Pacientes a las que se ha administrado una dosis de cloruro mórfico por vía epidural durante cesárea: (protocolo E)

■ AINEs pautados: Dexketoprofeno 50 mg e.v. (o Metamizol 2 g e.v., como segunda opción) cada 8 horas.

 Analgesia de rescate: Paracetamol 1g/8h/ev.

 Ondansetron 4mg ev para tratamiento de nauseas o vómitos postoperatorios si precisa.

 Protección gástrica si está indicada: pantoprazol 40 mg ev

- Pacientes con técnica Intradural durante cesárea, a las que no se ha administrado cloruro mórfico

(Protocolo I)

 Metadona 4-5 mg vía subcutánea cada 6-8 horas, alternando con:

 AINEs pautados: Dexketoprofeno 50 mg e.v. (o Metamizol 2 g e.v., como segunda opción) cada 8 horas.

 Analgesia de rescate: Paracetamol 1g/8h/ev.

 Ondansetron 4 mg ev si nauseas o vómitos postoperatorios

 Protección gástrica si está indicada: pantoprazol 40 mg ev

4. CUIDADOS NEONATALES EN EL POSTOPERATORIO:

Se deberá avisar al neonatólogo de guardia antes de una cesárea en las siguientes situaciones:

Antes de la extracción fetal si:

- Hijo de madre diabética insulinodependiente (gestacional o pregestacional)
- Hijo de madre con PE grave
- Riesgo de infección (RPM>18h, fiebre materna intraparto de >38oC, infección materna la última semana previa al parto, liquido amniótico maloliente o purulento)
- Hijo de madre VIH+
- Prematuridad <37 semanas
- Malformaciones fetales

Después de la extracción fetal si:

- pHAU<7.15, EB<-8
- Apgar 1'<4, 5'<7 o necesidad de reanimación enérgica
- Meconio en pasta
- Extracción fetal dificultosa
- Peso neonatal < 2300g, o > 4300g
- Distres respiratorio
- Asegurar el correcto calor corporal en el postparto inmediato. Se debe facilitar, en lo posible, el contacto piel con piel entre la madre y el neonato, o entre el acompañante y el neonato si la madre lo solicita.
- Se recomienda iniciar lo antes posible la lactancia materna en el caso que la madre lo desee.

5. CUIDADOS MATERNOS EN EL POSTOPERATORIO:

5.1. POSTOPERATORIO INMEDIATO

Una vez finalizada la cesárea, la paciente pasara al área de reanimación postoperatoria donde estará unas 2 horas para seguir control y tratamiento postoperatorio.

Se deberán controlar los siguientes parámetros:

- Las pérdidas uterinas y la altura uterina (existencia del globo de seguridad)
- Valoración hemodinámica y respiratoria: con monitorización continua de ECG y saturación de oxigeno (pulsioximetría). Anotación de constantes cada 15-30 minutos: temperatura, frecuencia cardiaca y tensión arterial.
- Control de la regresión del bloqueo neurológico si anestesia locoregional. Control del estado de consciencia.
- Sangrado vaginal
- Diuresis horaria
- Control de la intensidad del dolor: EVA horario

Siempre que sea posible, el neonato permanecerá con la puérpera durante estas dos horas de reanimación inmediata, para iniciar el contacto madre-hijo y la lactancia materna. En los casos en los que el estado materno no permita un contacto adecuado madre-hijo, el neonato permanecerá con el acompañante o se trasladara al nido en su defecto.

A las 2 horas, si el estado hemodinámico, el sangrado vaginal está dentro de la normalidad y se ha recuperado la movilidad EEII, la puérpera será trasladada a la planta de hospitalización correspondiente.

5.2. POSTOPERATORIO EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN:

- Control de constantes rutinario.
- Analgesia según las órdenes médicas. Se ofrecerá tratamiento pautado del dolor, no a demanda, con opioides durante las primeras 24 horas tras la cesárea.
- Iniciar la ingesta hídrica a las 6 horas de la cirugía, y progresar la dieta si la paciente la tolera.
- Retirar la sonda vesical permanente a partir de las 6 horas de la cirugía, y controlar la primera micción espontanea.

- Respecto a la herida quirúrgica, mantener el apósito compresivo durante 24 horas, y realizar la cura diaria de la herida. Evaluar diariamente el sangrado, aumento del dolor, y posibles signos inflamatorios o dehiscencia de la herida.
- **AVISAR A ANESTESIOLOGÍA**, ante signos o síntomas de alarma: cefalea, dolor lumbar intenso, déficit neurológico (motor o sensitivo), depresión respiratoria (<12x minuto) o convulsiones.
- La estancia hospitalaria recomendada tras una cesárea es entre 3 y 4 días. Si la paciente lo solicita y el estado materno lo permite, se podrá considerar un alta más temprana.
- Se recomienda retirar los puntos de sutura o grapas de una incisión de Pfannenstiel a partir de los 5-6 días postcesárea. En caso de laparotomía media, mantener durante 7 días.

6. EMBARAZO Y PARTO DESPUÉS DE UNA CESÁREA:

Una cesárea previa:

La vía del parto de elección tras **una cesárea previa** es la vía vaginal, con una tasa de éxito aproximada del 80%, aunque se deberá tener en cuenta las preferencias de la madre, así como informarle de un aumento en el riesgo de ruptura uterina de aproximadamente el 0,5%.

Se recomienda un mínimo de **12 meses** después de la cesárea antes de nueva gestación.

Dos o más cesáreas previas:

La vía del parto recomendada tras **dos cesáreas previas** es una cesárea electiva. Si la paciente solicita un parto vaginal se le informara de un riesgo aproximado de rotura uterina del 1,4 % y una tasa de éxito de parto vaginal de alrededor del 70%.

Se recomienda un mínimo de **18 meses** después de la cesárea antes de nueva gestación.

Materiales y Métodos

Tipo De Estudio

El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo - transversal.

Tiempo

La ejecución de la presente investigación se realizó desde el 1 de Abril al 31 de Octubre del 2011.

Lugar de Investigación

El lugar de investigación fue el Departamento de Centro Obstétrico y Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de la cuidad de Loja.

Universo

Fueron todas las mujeres atendidas de parto por cesárea (679 usuarias) y el personal médico que labora en el departamento de Centro Obstétrico y Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, en el período de Abril a Octubre del 2011.

Muestra

Estuvo constituido por 162 mujeres con embarazo a término, que fueron atendidas de parto por cesárea y 19 profesionales médicos, que laboran

directamente en el departamento de Centro Obstétrico y Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja.

Criterios de inclusión

1. Entraron al proceso investigativo todas las mujeres que tuvieron un embarazo a término y que su parto fue por cesárea.
2. Las usuarias que aceptaron colaborar en este estudio para obtener la información directa requerida.
3. Todo el Personal médico de Salud, que conforma los equipos del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora y que desearon colaborar en este proceso investigativo.

Criterios de exclusión

1. Las mujeres con embarazo de pretérmino y postérmino cuyo parto fue atendido por Cesárea en el Hospital Isidro Ayora.
2. Mujeres con embarazo a término que se les realizo Cesárea, pero que sufren algún problema psicológico o mental que no pudieron responder a las preguntas requeridas.
3. No entraron al estudio el personal médico del equipo de salud que no deseó responder a la entrevista elaborada.

Procedimientos y Técnicas

Para la recolección de la Información se elaboró previamente un instrumento de recolección de datos, en el cual se registró todas las variables propuestas en los Objetivos, tomando en cuenta las relacionadas con el Manual “Norma y Protocolo Materno” editado por el Ministerio de Salud Pública en el año 2008, mediante un formato parecido al de las Normas y Protocolos (Anexo 1), en

donde constaron cada uno de los pasos y tareas de Tercer Nivel del protocolo de atención del parto por cesárea.

La mayoría de información fue tomada de la Historia Clínica y las usuarias fueron informadas sobre el estudio y sus objetivos, así una vez obtenido su consentimiento, la información que ameritó ser extraída de forma subjetiva fue mediante entrevista directa a las pacientes, y aquellos pasos y tareas que tienen un sentido netamente textual no fueron considerados para esta investigación.

Además se elaboró una Entrevista para el personal médico de salud, previo consentimiento informado del personal médico y directivos del HRIA, la cual fue de acuerdo al Manual de "Norma y Protocolo Materno del Ministerio de Salud Pública del Ecuador" del 2008, con preguntas abiertas y cerradas (Anexo 2).

Una vez recopilada la información se procedió a su tabulación y luego al análisis e interpretación; realizando la contrastación entre lo aplicado en el Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja y las Normas y Protocolos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Además se realizó tablas y/o gráficos, para su lectura y representación, utilizando programas informáticos, como Microsoft Excel 2010 y Microsoft Word 2010.

Ya obtenidos los resultados totales de la investigación se elaboró y se entregó un formato de tipo tríptico (Anexo 3) a las autoridades del Hospital Isidro Ayora con los principales resultados de la investigación.

Finalmente se elaboró la discusión, las conclusiones y recomendaciones correspondientes.

RESULTADOS

Datos Generales de las Usuarias

Tabla N°1: Grupo Etario de las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

GRUPO ETARIO		
Edades	**Número**	**Porcentaje**
12-15 Años	4	2%
16-19 Años	40	25%
20-23 Años	30	19%
24-27 Años	31	19%
28-31 Años	33	20%
32-35 Años	9	6%
36 ó > Años	15	9%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

La presente tabla muestra que el grupo etario que mayor número de usuarias presentó fue el que comprende desde los 16-19 años, con un total de 40 usuarias, que las ubica con un 25% del total, seguido de un repunte en el grupo etéreo de 28-31 años con un 20%, seguidos del 19% conformado por los grupos etéreos de 20-23 y 24-27 años para ambos, siendo mucho menor los grupos extremos de la vida fértil como son el de 12-15 años y el de 36 años o > abarcando el 2% y 9% respectivamente.

Tabla N°2: Escolaridad de las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

ESCOLARIDAD		
Nivel	**Número**	**Porcentaje**
Primaria	39	24%
Secundaria	96	59%
Superior	27	17%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

El nivel de instrucción mayoritario en las usuarias, fue el de secundaria con más de la mitad de encuestadas, 96 usuarias del total, que corresponde al 59%, seguido de usuarias que solo tienen la primaria con el 24% y finalmente la instrucción superior es la menos atendida en este centro de salud, con el 17% del total.

Tabla N° 3: Paridad de las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PARIDAD		
Paridad	**Número**	**Porcentaje**
Primípara	50	31%
Multípara	104	64%
Gran Multípara	8	5%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

En la presente tabla podemos apreciar que son las multíparas, las usuarias con mayor número de cesáreas programadas a término, ocupando el 64%, correspondiente a 104 usuarias de total, seguido de las primíparas con el 31% y finalmente gran multíparas con el 5%.

Tabla N° 4: Edad Gestacional de las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

EDAD GESTACIONAL		
Semanas	**Número**	**Porcentaje**
37 Semanas	21	13%
38 Semanas	33	20%
39 Semanas	57	35%
40 Semanas	35	22%
41 Semanas	16	10%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

La edad gestacional en la cual mayoritariamente se planifico o se realizó cesárea, fue durante la semana 39 de gestación, ocupando el 35% del total de usuarias, seguido del 22% que corresponde a usuarias con 40 semanas de gestación, y en menor medida las de 37, 38 y 41 semanas de edad gestacional, con un 13%, 20% y 10% respectivamente.

RESULTADOS

Cumplimiento y Aplicación de los Pasos y Tareas

Tabla N° 5: Cumplimiento del Paso y Tarea #1 del Manejo Prequirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASO Y TAREA #1: CPN		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	142	88%
No	10	6%
Incompleto	10	6%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

La tabla presenta un resultado superior en cuanto al cumplimiento del control habitual del embarazo, siendo 142 usuarias las que han acudido a los controles habituales hasta la semana 36 de gestación abarcando el 88%, contra un 6% que nunca se los hizo y finalmente si en la cartilla de registro se marcaban menos controles de los que la usuaria refería esto era equivalente a un registro incompleto el cual ocupó solo el 6%.

Tabla N° 5.1: Cumplimiento del Paso y Tarea #1.1 del Manejo Prequirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASO Y TAREA #1.1: HOJA DE REFERENCIA		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
R/Completo	21	70%
R/Incompleto	9	30%
TOTAL	30	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

La tabla muestra que solo 30 pacientes fueron referidas de otras unidades de salud, en este caso se corrobora su hoja de referencia y en un 70% de los casos si se encontraba completa y en el 30% de los casos estaba incompleta, de acuerdo a las normas vigentes para dicho periodo.

Tabla N° 6: Cumplimiento del Paso y Tarea #2 del Manejo Prequirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASO Y TAREA #2: EMERGENCIA		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	162	100%
No	0	0%
Incompleto	0	0%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

La presente tabla nos indica que del total de usuarias que fueron atendidas, en el 100% de los casos las mismas fueron atendidas oportunamente y si fue un caso emergente se dispuso su ingreso a la unidad operativa de inmediato.

Tabla N° 7: Cumplimiento del Paso y Tarea #3 del Manejo Prequirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASO Y TAREA #3: HCL- MATERNA PERINATAL		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	51	31%
No	16	10%
Incompleto	95	59%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

La tabla muestra claramente que en un 59% de los casos, la HCL materna-perinatal fue llenada incompletamente, seguido de un 37% que demuestra el correcto llenado de la misma y un 10% de los casos en los cuales no fue realizada.

Tabla N° 8: Cumplimiento de los Pasos y Tareas #4, 5 y 6 del Manejo Prequirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASOS Y TAREAS # 4, 5, 6: APOYO Y RESPUESTA A LA USUARIA		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	162	100%
No	0	0%
Incompleto	0	0%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

En el 100% de los casos, las usuarias manifiestan que fueron atendidas correctamente, tanto en la parte médica como afectiva.

Tabla N° 9: Cumplimiento de los Pasos y Tareas #7 y 8 del Manejo Prequirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASOS Y TAREAS # 7 Y 8: EVALUACIÓN CLÍNICA-OBSTÉTRICA		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	136	84%
No	0	0%
Incompleto	26	16%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

La tabla muestra que en un 84% correspondiente a 136 usuarias, se realizó una evaluación clínica completa, y solo 26 usuarias presentaron una evaluación incompleta en algún parámetro a valorar, sin embargo no existió ninguna usuaria que no haya sido evaluada previamente.

Tabla N° 10: Cumplimiento del Paso y Tarea #9 del Manejo Prequirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASO Y TAREA # 9: A-LÍQUIDOS/R-SANGRE		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	149	92%
No	0	0%
Incompleto	13	8%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

En 149 usuarias, la norma se aplica, siendo el 92% del total, y solo un 8% de manera incompleta, no se registra ninguna usuaria que no haya pasado por dicho proceso.

Tabla N° 11: Cumplimiento de los Pasos y Tareas #10 y 11 del Manejo Prequirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASOS Y TAREAS # 10 Y 11: REGISTRO DE EXÁMENES PREVIOS Y NUEVOS		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	54	33%
No	4	3%
Incompleto	104	64%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

La tabla muestra que en 104 pacientes, correspondientes al 64% de usuarias, tuvieron una solicitud o registro deficiente para solicitar exámenes de laboratorio, seguido de 33% de usuarias en las que si se cumple la norma y solo 3% en las que no se aplicó ningún procedimiento.

Tabla N° 12: Cumplimiento del Paso y Tarea #12 del Manejo Prequirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASO Y TAREA # 12: NECESIDAD DE TRANSFUSIONES		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si Necesito	7	4%
No Necesito	155	96%
R-Incompleto	0	0%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

En solo 7 pacientes se necesitó el uso de hemoderivados sanguíneos, lo que corresponde al 4% de los casos, y en los cuales fue aplicado de manera oportuna y eficiente dicho recurso.

Tabla N° 13: Cumplimiento de los Pasos y Tareas #13 y 14 del Manejo Prequirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASOS Y TAREAS #13 Y 14: NOTA EXPLICATIVA Y HOJA DE AUTORIZACIÓN		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	160	98%
No	1	1%
Incompleto	1	1%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

La tabla nos muestra que en prácticamente la totalidad de las usuarias, existió la adecuada información, autorización y la nota correspondiente del motivo por el cual se realiza la cesárea, abarcando el 98% de los correspondiente a 160 usuarias, y tan solo en 1 caso no existió la hoja de autorización, mientras que 1 usuaria manifestó no haber sido informada adecuadamente sobre su caso, ambos casos ocupan el 1%.

Tabla N° 14: Cumplimiento del Paso y Tarea #15 del Manejo Prequirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASO Y TAREA # 15: PARTE OPERATORIO FIRMADO		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	156	96%
No	5	3%
Incompleto	1	1%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

En al 96% de los casos, que corresponden a 156 casos, se pudo evidenciar que el parte operatorio fue firmado por el médico de mayor experiencia, en 5 casos esto no ocurrió y finalmente 1 solo caso no mostró firma alguna en el parte operatorio.

Tabla N° 15: Cumplimiento del Paso y Tarea #18 del Manejo Prequirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASO Y TAERA # 18: AYUNO PREVIO		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	160	99%
No	2	1%
Incompleto	0	0%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

La presente tabla nos muestra que en el 99% de los casos, si se practica el ayuno previo a una cesárea, sea esta programa o de emergencia, mientras que solo en 2 casos equivalente al 1% siendo estas, cesáreas de emergencia, no se aplicó el ayuno previo y tampoco se administró metoclopramida.

Tabla N° 16: Cumplimiento del Paso y Tarea #19 del Manejo Prequirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASO Y TAREA # 19: RECORTE DE VELLO		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Rasurado	157	97%
Recorte	0	0%
Incompleto	5	3%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

En el 97% de los casos, equivalente a 157 usuarias, existió un rasurado del vello púbico, evidenciándose que la norma no se lleva a cabo, con un 0% de los casos, y solo el 3% que corresponde a 5 usuarias no se practicó el rasurado ya que las usuarias ya tenía el mismo realizado previo a su ingreso.

Tabla N° 17: Cumplimiento del Paso y Tarea #20 del Manejo Prequirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASO Y TAREA # 20: VENDAJE DE MI		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	154	95%
No	8	5%
Incompleto	0	0%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

Mayoritariamente la presente tabla nos muestra que 154 usuarias que son el 95% del total, fueron vendadas en sus miembros inferiores y en solo 8 usuarias que corresponden al 5% no se aplicó esta norma.

Tabla N° 18: Cumplimiento del Paso y Tarea #10 del Manejo Quirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASO Y TAREA # 10: SONDA FOLEY N° 16		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	162	100%
No	0	0%
Incompleto	0	0%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

En la tabla siguiente se puede evidenciar que al 100% de las usuarias si se les colocó la sonda Foley, cumpliéndose así con la norma en cuestión.

Tabla N° 19: Cumplimiento del Paso y Tarea #18 del Manejo Quirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASO Y TAREA # 18: PROFILAXIS ANTIBIÓTICA		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	58	36%
No	16	10%
Incompleto	66	41%
Otros	22	13%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

En el 36% de los casos equivalente a 58 usuarias, se aplicó la norma con los antibióticos recomendados, mientras que en el 10% de los casos este no se cumplió, sin registrar la administración de antibiótico alguno, mientras que con un 41% equivalente a 66 usuarias esta norma estaba incompleta, ya que la administración del antibiótico si se la hizo, pero sin seguir la norma establecida y en 22 usuarias que corresponde al 13% se pudo evidenciar que se aplicaban otro tipo de antibióticos para el mismo propósito.

Tabla N° 20: Cumplimiento de los Pasos y Tareas #7 y 8 del Manejo Quirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASO Y TAREA # 28: SANGRADO Y DIURESIS		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	127	79%
No	28	17%
Incompleto	7	4%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

En 127 casos, correspondiente al 79% de los casos se puede evidenciar que existe el registro y verificación del sangrado y la diuresis total, mientras que en el 17% esto no se cumple, sin mencionar ningún parámetro y solo el 4% evidencia un registro incompleto, mencionándose 1 de los 2 parámetros cuantificables.

Tabla N° 21: Cumplimiento del Paso y Tarea #29 del Manejo Quirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASO Y TAREA # 29: PASE A SALA DE RECUPERACIÓN		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	162	100%
No	0	0%
Incompleto	0	0%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

La totalidad de las usuarias 100%, tienen su traspaso a una sala de recuperación, luego del procedimiento quirúrgico que se les practico.

Tabla N° 22: Cumplimiento del Paso y Tarea #1 del Manejo Posquirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASO Y TAREA # 1: REGISTRO DE SV C/15 MIN		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	157	97%
No	4	2%
Incompleto	1	1%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

En la presente tabla, se puede observar que 157 usuarias manifestaron que si se les realizo un registro de signos vitales y sangrado genital cada 15 minutos, lo que equivale al 97% del total de usuarias, mientas que solo el 2% manifestó que esto no se realizó cada 15 minutos, indicando que fue en tiempos más prolongados y solo 1 usuaria indicó que nunca se le realizo control alguno.

Tabla N° 23: Cumplimiento de los Pasos y Tareas #2 y 3 del Manejo Posquirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASOS Y TAREAS # 2 Y 3: ALOJAMIENTO CONJUNTO RÁPIDO Y LM		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	156	96%
No	6	4%
Incompleto	0	0%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

Son 156 usuarias las que manifiestan que hubo apego y lactancia materna precoz para su bebé luego de la cesárea, lo que corresponde al 96% del total, mientras que 6 usuarias, que corresponden al 4% manifiestan que no hubo apego y lactancia materna precoz por causas justificables.

Tabla N° 24: Cumplimiento del Paso y Tarea #4 del Manejo Posquirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASO Y TAREA # 4: RETIRO DE SONDA VESICAL		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	162	100%
No	0	0%
Incompleto	0	0%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

La totalidad de usuarias manifiestan que su retiro de sonda fue adecuado y oportuno, por lo que se cumple esta norma en un 100%.

Tabla N° 25: Cumplimiento del Paso y Tarea #5 del Manejo Posquirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASO Y TAREA #5: NPO POR 6 HORAS MÍNIMO		
Respuesta	Número	Porcentaje
Si	162	100%
No	0	0%
Incompleto	0	0%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

El 100% de las usuarias manifiestan que no recibieron comida o líquidos por lo menos 6 horas posteriores a su intervención quirúrgica, y haber tenido una explicación adecuada por parte del personal que la atendió.

Tabla N° 26: Cumplimiento de los Pasos y Tareas #6 y 7 del Manejo Posquirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASOS Y TAREAS # 6 y 7: TOLERANCIA ORAL Y DEAMBULACIÓN PRECOZ		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	154	95%
No	2	1%
Incompleto	6	4%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

Con 154 usuarias correspondientes al 95% del total, manifiestan que se inició la tolerancia oral y se fomentó la deambulación precoz de acuerdo con los tiempos estimados en esta norma, mientras que un 4% manifiesta que se les informo de manera incompleta y solo 2 usuarias manifiestan que no fueron informadas sobre ninguno de estas normas, por lo cual no se aplicaron.

Tabla N° 27: Cumplimiento del Paso y Tarea #8 del Manejo Posquirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASO Y TAREA # 8: ANALGESIA POSQUIRÚRGICA		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	162	100%
No	0	0%
Incompleto	0	0%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

En esta tabla se evidencia que la totalidad de usuarias, es decir el 100% de ellas, mantuvo una analgesia adecuada y oportuna, en todo el tiempo de hospitalización y proceso quirúrgico.

Tabla N° 28: Cumplimiento del Paso y Tarea #9 del Manejo Posquirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASO Y TAREA # 9: ALTA EN MÍNIMO 48H POSTCESÁREA		
Respuesta	Número	Porcentaje
Si	162	100%
No	0	0%
Incompleto	0	0%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

Son las 162 usuarias, correspondiente al 100%, las que fueron evaluadas oportunamente y se valoró el alta mínimo 48 horas luego de su intervención quirúrgica, cumpliéndose a cabalidad esta norma.

Tabla N° 29: Cumplimiento del Paso y Tarea #10 del Manejo Posquirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASO Y TAREA # 10: SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	26	16%
No	133	82%
Incompleto	3	2%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

Se puede ver en la siguiente tabla, que 133 usuarias correspondientes al 82% del total, no recibieron la orientación adecuada, ni la administración oportuna de anticonceptivos acorde con las necesidades de las mismas, para la planificación familiar.

Tabla N° 30: Cumplimiento del Paso y Tarea #11 del Manejo Posquirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASO Y TAREA # 11: CITA PARA RETIRO DE PUNTOS		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	162	100%
No	0	0%
Incompleto	0	0%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

La totalidad de usuarias, es decir el 100% de ellas, tienen la información adecuada de cuándo deben acudir al retiro de puntos, por lo cual se aplica la norma a cabalidad.

Tabla N° 31: Cumplimiento del Paso y Tarea #12 del Manejo Posquirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PASO Y TAREA # 12: REGISTRO DEL RN EN EL RC		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	85	52%
No	74	46%
Incompleto	3	2%
TOTAL	162	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

La tabla muestra un cuadro parejo, entre la información oportuna sobre el registro oportuno del nacimiento de su hijo en el Registro Civil, siendo así que el 52% correspondiente a 85 usuarias manifiestan que si fueron instruidas sobre el caso, mientras que el 46% manifiestan un desconocimiento total del tema, y 3 usuarias que son el 2% del total, manifiestan que fueron otros factores los que influyeron para que ellas tengan el conocimiento sobre dicho registro.

RESULTADOS

Datos Generales y Entrevista al Personal Médico

Tabla N° 32: Sexo del Personal Médico, dedicado a la labor de Gineco-Obstetricia. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

SEXO		
Género	**Número**	**Porcentaje**
Masculino	8	42%
Femenino	11	58%
TOTAL	19	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

La siguiente tabla nos muestra que es el género femenino es quien obtiene el 58% del personal total, contra el 42% del género masculino, que labora en dicho período de tiempo en la unidad de Gineco-Obstetricia del H.R.I.A.

Tabla N° 33: Cuando usted va a realizar una cesárea, el parte operatorio se encuentra firmado por el médico de mayor experiencia? (Cumplimiento del Paso y Tarea # 15 del Manejo Prequirúrgico). Si la respuesta es negativa u ocasionalmente, indique cuales son las razones.

PASO Y TAREA # 15		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	14	74%
No	3	16%
Ocasionalmente	2	10%
TOTAL	19	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

La presente tabla muestra que el 74% del personal médico que corresponde a 14 entrevistados, manifiesta que el parte operatorio siempre se encuentra firmado por el médico de mayor experiencia, sin embargo el 16% manifiesta que esto no es así, mientras que el 10% indican que se debe a varias causas, principalmente debido a que existen 2 grupos médicos, que laboran durante las 24 horas, así el 1er grupo médico, es regido por el médico de mayor experiencia, al igual que el segundo grupo médico que completa la jornada laboral restante, otros manifiestan que existen situaciones urgentes que ponen en riesgo la vida de la paciente y que se necesita de una intervención rápida, en la cual solo se puede tomar una decisión en conjunto con el médico jefe de Centro Obstétrico.

Tabla N° 34: Antes de realizar una cesárea, usted comunica siempre personalmente, al servicio de anestesiología y neonatología (Cumplimiento de los Pasos y Tareas # 16 y 17 del Manejo Prequirúrgico) para la valoración materno-fetal y/o tipo de anestesia a usar en el procedimiento? Si su respuesta es negativa u ocasionalmente, indique porqué.

PASOS Y TAREAS # 16 Y 17		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	17	90%
No	1	5%
Ocasionalmente	1	5%
TOTAL	19	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

La tabla actual presenta un 90% equivalente a 17 médicos que cumplen con esta norma, mientras que solo 2 médicos indica lo contrario, ambos representan el 5% respectivamente, las razones que se indican son en primer lugar, que es directamente el Interno Rotativo de Medicina quien debe realizar dicho aviso y en el otro caso se indica que solo lo hace cuando el riesgo de la paciente y su producto así lo ameriten.

Tabla N° 35: Antes de realizar usted una cesárea, ha constatado, que el personal de enfermería ya tenga preparada la mesa de instrumentación, mesa de mayo y material quirúrgico necesario? (Cumplimiento del Paso y Tarea # 3 del Manejo Quirúrgico). Si su respuesta es negativa u ocasionalmente, indique porqué.

PASO Y TAREA # 3		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	15	80%
No	2	10%
Ocasionalmente	2	10%
TOTAL	19	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

Con el 80% de aprobación correspondiente a 15 médicos, manifiestan que si existe la preparación correcta por parte del personal de enfermería encargado de realizar dicha norma, solo 4 médicos indican lo contrario, equivalente al 10% respectivamente, así indican que es el personal de enfermería el que demora el proceso, por falta de personal en primer lugar, seguido de la inexperiencia del personal nuevo y finalmente porque eso no le compete al médico, siendo única y exclusivamente función de enfermería dicha norma.

Tabla N° 36: El lavado quirúrgico de manos sea con 5 ml de gluconato de clorhexidina al 2% u otro antiséptico, se recomienda hacerlo en 2 tiempos, de 1 y 5 minutos con enjuague intermedio. Usted siempre cumple con esta norma? (Cumplimiento del Paso y Tarea # 8 del Manejo Quirúrgico). Si su respuesta es negativa u ocasionalmente, indique porqué.

PASO Y TAREA # 8		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	1	5%
No	3	16%
Ocasionalmente	15	79%
TOTAL	19	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

La mayoría de médicos que comprende el 79% del total indican que cumplen ocasionalmente con esta norma, mientras que el 16% de ellos indican que no la cumplen y solo el 5% indica que si la realiza tal y como explica la norma, las principales causas serían, en primer lugar debido a la falta de infraestructura, material y recursos suficientes, y en 2do lugar debido a que eso depende de la casa farmacéutica o empresa que fabrique el producto, para así cumplir con esta norma.

Tabla n° 37: Realiza usted siempre asepsia y antisepsia del campo quirúrgico *abdominal y perineal* con solución antiséptica? (Cumplimiento del Paso y Tarea # 9 del Manejo Quirúrgico). Si su respuesta es negativa u ocasionalmente, indique porqué.

PASO Y TAREA # 9		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	15	79%
No	0	0%
Ocasionalmente	4	21%
TOTAL	19	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

Con el 79% de los médicos correspondiente a 15 de ellos, afirman que realizan dicha norma, y solo 4 médicos equivalente a 21%, indican que la realizan ocasionalmente, las principales causas serían que el área perineal suele pasar por alto es situaciones de emergencia, o que simplemente en el momento de la colocación de la sonda vesical se realiza dicho proceso por un médico ayudante, por lo cual ellos no ponen atención a dicha área y solo se concentran en el área abdominal que es el área a intervenir quirúrgicamente.

Tabla N° 38: Usted al realizar cesáreas cumple con la colocación de todas las barreras protectoras como: *gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica*? (Cumplimiento del Paso y Tarea # 11 del Manejo Quirúrgico). Si su respuesta es negativa u ocasionalmente, indique porqué.

PASO Y TAREA #11		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	4	21%
No	8	42%
Ocasionalmente	7	37%
TOTAL	19	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

El incumplimiento de esta norma ocupa el 42% del total, por parte del personal médico, seguido del cumplimiento ocasional con el 37% y finalmente quienes si lo cumplen ocupan el 21%, las causas mayormente citadas fueron, en 1er lugar debido a que el hospital no les brinda especialmente las gafas protectoras, y en 2do lugar por el descuido del personal médico que rara vez toma en cuenta este método de protección, haciendo alusión únicamente a las gafas protectoras.

Tabla N° 39: Realiza siempre la profilaxis antibiótica con dosis de Cefazolina 1g iv o ampicilina 1g iv, inmediatamente luego de pinzar el cordón umbilical? (Cumplimiento del Paso y Tarea # 18 del Manejo Quirúrgico). Si su respuesta es negativa u ocasionalmente, indique porqué.

PASO Y TAREA # 18		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	3	16%
No	3	16%
Ocasionalmente	13	68%
TOTAL	19	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

La tabla nos muestra que el 68% del personal médico realiza ocasionalmente la profilaxis con los antibióticos mencionados en la norma, mientras que 6 médicos indican que no lo realizan y 6 más que si lo realizan, ocupando el 16% para cada caso, así las principales causas mencionadas fueron en primer lugar el agotamiento o falta de dichos antibióticos en la institución, los cuales son suplidos por fármacos de la misma clase y espectro antimicrobiano, mientras que otros manifiestan que es función únicamente del anestesiólogo encargarse de dicha norma, otra causa mencionada sería que la profilaxis no se la realiza como dice la norma, siendo administrada antes de la intervención quirúrgica y nunca luego de pinzar el cordón umbilical, y finalmente por el desconocimiento de que esto es norma del MSP.

Tabla N° 40: Anota y/o verifica usted el registro del sangrado total y diuresis, luego de la cesárea? (Cumplimiento del Paso y Tarea # 28 del Manejo Quirúrgico). Si su respuesta es negativa u ocasionalmente, indique porqué.

PASO Y TAREA # 28		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	11	58%
No	0	0%
Ocasionalmente	8	42%
TOTAL	19	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

Con el 58% del personal médico, se manifiesta que la mayoría cumple con la norma, mientras que son 8 médicos quienes indican que la cumplen ocasionalmente, equivaliendo al 42% del total, la principal causa sería el descuido de anotar y verificar exclusivamente la diuresis luego de la intervención quirúrgica.

Tabla N° 41: Al dar el alta, usted mismo da orientación o brinda asesoría acerca de los servicios de planificación familiar, acorde a las necesidades de los pacientes? (Cumplimiento del Paso y Tarea # 10 del Manejo Posquirúrgico). Si su respuesta es negativa u ocasionalmente, indique porqué.

PASO Y TAREA # 10		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	13	69%
No	1	5%
Ocasionalmente	5	26%
TOTAL	19	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

Con el 69% del personal médico aprobando esa norma, se pone de manifiesto que si se cumple, seguido de 5 médicos, equivalentes al 26%, quienes indican que lo realizan ocasionalmente, mientras que solo 1 médico manifiesta no realizarlo y ocupa el 5% del total de entrevistados, las principal causa serían el olvido o descuido para dar indicaciones o asesoría sobre el tema.

Tabla N° 42: Al dar el alta, usted mismo instruye a la madre sobre la importancia del registro oportuno del nacimiento de su hijo en el registro civil? (Cumplimiento del Paso y Tarea # 12 del Manejo Posquirúrgico). Si su respuesta es negativa u ocasionalmente, indique porqué.

PASO Y TAREA # 12		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	3	16%
No	13	68%
Ocasionalmente	3	16%
TOTAL	19	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

La tabla pone de manifiesto que es el 68% del personal médico quienes no realizan dicha norma, seguido de un empate entre quienes si lo realizan y quienes lo realizan ocasionalmente, con 3 médicos respectivamente, ocupando el 16% del total, las causas citadas serían en 1er lugar a que hay personal específico que cumple con esta función, yen 2do lugar debido al desconocimiento de que esta norma debes ser también realizada por el personal médico.

RESULTADOS GLOBALES

Total de resultados Generales y Parciales

Tabla N° 43: Resultados Parciales de acuerdo al Protocolo Prequirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PROTOCOLO PREQUIRÚRGICO		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	17	77%
No	1	5%
Incompleto	4	18%
TOTAL	22	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

La presente tabla muestra que con el 77% correspondiente a 17 normas cumplidas, es la opción Si la que obtiene el mayor porcentaje del total de normas y tareas a cumplirse en este protocolo, seguido del 18% equivalente a 4 normas desarrolladas de manera Incompleta y solo 1 norma que equivale al 5% con la opción No, siendo el rasurado del vello púbico la norma que no se cumple, y el llenado incompleto de la Historia Clínica Perinatal, junto con la solicitud de exámenes faltantes o que necesitan ser actualizados las normas que se cumplen de manera incompleta.

Tabla N° 43: Resultados Parciales de acuerdo al Protocolo Quirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PROTOCOLO QUIRÚRGICO		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	28	97%
No	1	3%
Incompleto	0	0%
TOTAL	29	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

Con el 97% del total, equivalente a 28 normas y tareas cumplidas con la opción Si, es notorio el alcance positivo que se obtiene en este protocolo, mientras que tan solo con 1 norma y tarea reprobada con la opción del No solo alcanza el 3% del total, y ningún paso/tarea se cumple de manera incompleta, siendo la colocación de barreras protectoras especialmente de gafas la norma que no se cumple.

Tabla N° 45: Resultados Parciales de acuerdo al Protocolo Posquirúrgico, en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

PROTOCOLO POSTQUIRÚRGICO		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	10	83%
No	2	17%
Incompleto	0	0%
TOTAL	12	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

La tabla pone de manifiesto que es el 83% equivalente a 10 pasos y tareas las que se cumplen con la opción Si, y solo 2 normas con la opción del No, lo que les otorga el 17% del total y ninguna norma o tarea se cumple de manera incompleta en términos generales, correspondiendo a estas 2 normas que no se cumplen una orientación y servicio de planificación familiar deficiente, así como al ausentismo de la instrucción por parte del personal médico sobre la importancia del registro oportuno del nacimiento en el registro civil.

Tabla N° 46: Resultados Totales de acuerdo a los 3 Protocolos manejados en las usuarias atendidas de parto por cesárea. Hospital Isidro Ayora de Loja. 2011.

RESULTADO GLOBAL: 3 PROTOCOLOS		
Respuesta	**Número**	**Porcentaje**
Si	55	87%
No	4	7%
Incompleto	4	6%
TOTAL	63	100%

Fuente: HCL. y entrevista a usuarias y personal médico. Dpto. G-O. Hospital Isidro Ayora. Loja.
Elaboró: Est. Jhon Mauricio Coronel Ruilova

Con el 87% que equivale a 55 pasos y tareas cumplidas, es la opción del Si la que se lleva la mayoría del total evaluado, seguido de un empate técnico con 4 normas o tareas inconclusas tanto para la opción del No como la de Incompleto, exponiendo así que en Hospital Isidro Ayora de Loja, durante el período de Abril a Octubre del 2011 sí cumple los protocolos para cesárea del Ministerio de Salud Pública en las Embarazadas a término, que acudieron a dicha institución.

Discusión

A mediados de los años ochenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso como estándar para los nacimientos por cesárea la cifra de 15%. A pesar de esta recomendación, los nacimientos quirúrgicos se han incrementado de manera notable en los últimos años en casi todos los países de ingresos altos y medios. En España su número se duplicó en los últimos 15 años y hoy alcanza 23% de los partos. En el Reino Unido los nacimientos por esta vía se incrementaron de sólo 4% en 1970 a más de 20% en el momento actual. Esto obligó al Departamento de Salud a solicitarle al Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos el más grande estudio sobre cesáreas jamás realizado en este país. En Estados Unidos de América los nacimientos quirúrgicos pasaron de 5% en 1988 a 23% en el año 2000. Japón, que hace un uso muy extensivo de las parteras tradicionales, es una de las pocas naciones desarrolladas –junto con Holanda y los países escandinavos– que parece haber evitado esta epidemia. Su porcentaje de nacimientos por cesárea es menor de 10%. Mientras que las cifras de los países de ingresos medios y bajos de América Latina son todavía más alarmantes. En Brasil más de 30% de los nacimientos son cesáreas. En Chile este porcentaje asciende a 40%. En México el porcentaje de nacimientos por cesárea se incrementó en los últimos 10 años a un ritmo ligeramente superior a 1% anual y alcanza cifras similares a las de Brasil con un 35%. En Ecuador la cifra alcanza el 30% en el sector público, pero a nivel privado bordean cifras alarmantes, que van del 50% al 70%, así en nuestra ciudad durante el año 2010 en el H.R.I.A. su valor es del 36,7% incrementando el 0,5% al año 2011, alcanzando el 37,2%. (8)(9)(10)(11)(12)(13)

Los nacimientos por cesárea en Ecuador han tenido un comportamiento similar al de la mayoría de América Latina. El porcentaje de incremento de las

cesáreas en nuestro país en los últimos años ha sido de poco menos de 1% anual, pero esto varía en las diferentes instituciones públicas y en el sector privado la tendencia al alza es todavía mayor.

En varios países de América Latina se implementaron protocolos y normas para una atención más adecuada del parto por cesárea, por ejemplo aunque en México la cifra se mantenga cerca el 65% los protocolos de dicho país no se han cumplido en su totalidad, al igual que en Nicaragua, cuyas cifras oficiales manejan un 60% de cumplimiento de las normas aplicadas en ese país, mientras que en Ecuador, específicamente en la ciudad de Loja en un Hospital Público como es el Isidro Ayora, este estudio investigativo alcanzó el 87% de cumplimiento de los pasos y tareas del Normativo y Protocolo Materno, además otros países de Latinoamérica no involucran muchos parámetros, como el apoyo psicológico y emocional de la mujer, así como un detallado procedimiento quirúrgico en la cual se podría evidenciar no solo el cumplimiento de los requerimientos básicos para tener una adecuada asepsia y antisepsia, así como la protección adecuada del personal se salud y que al contrastarlo con esta investigación, da cifras muy positivas con el 100% en el apoyo emocional, psicológico y afectivo en sus usuarias, así como valores negativos en cuanto a la falta de medios de barreras protectoras básicas para el personal médico con el 42% de total y más aún cuando en se demuestra que los Protocolos para el manejo Prequirúrgico, Quirúrgico y Posquirúrgico de la mujer con indicaciones por cesárea obtienen cifras por arriba del 75% en cualquiera de ellos, demostrando que el nivel de atención indudablemente ha mejorado sustancial y significativamente en el sector público; según un estudio realizado por la Secretaría de Salud de México, en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, durante el año 2009, la aplicación de los protocolos se cumplen en solo un 68% de los casos, además de que en este país, son varias las instituciones encargadas de la atención de la embarazada y los datos que se comparten entre las mismas son muy variables, lo que influye directamente en

una incapacidad para la recolección única de datos, principalmente en el manejo Prequirúrgico de la embarazada, a diferencia de nuestro país en el que se implementó estas normas, que si los consideran como puntos a evaluarse y cumplirse. (11)

Por tal motivo el MSP del Ecuador, desde el 2008 implemento un Componente Normativo Materno, y en el marco del cumplimiento de los Objetivos del Milenio en el que se incluyen normas y protocolos para la mejor atención de la madre y el recién nacido durante el embarazo, parto y postparto, así como para la terminación del mismo en cesárea, incluyéndose como una vía alternativa de parto no natural, que involucra como objetivo el fin común de salvar y proteger la vida de la madre y su producto. (14)

Sin embargo para realizar dicho proyecto se realizó un estudio que se lleva a cabo desde el año 2005 denominado “Mejora Continua de la Calidad” (MCC) de la atención obstétrica y neonatal esencial (CONE), con el apoyo técnico del Proyecto de Mejora de la Atención en Salud, por eso el MSP reconoce que para lograr mejorar la atención no basta con tener una norma nacional actualizada, sino que es necesario asegurar su aplicación efectiva y sostenida. Para ello, la Dirección Nacional de Normatización ha incorporado los métodos y herramientas de MCC en el Proceso de gestión del cumplimiento de la Norma Nacional. (15)

Este trabajo dio resultados tales como por ejemplo, en el período 1999 – 2004 apenas un 57,5 % de mujeres cumplieron con la norma del MSP de realizarse al menos cinco controles prenatales, contra el 88% que se presenta en esta investigación actual, otra deficiencia encontrada fue la toma incorrecta de los signos vitales, principalmente de la tensión arterial, así como la frecuencia respiratoria, pulso, peso y temperatura, principalmente debido a la carencia de equipos, al descuido de los mismo y a la atención por parte de personal no calificado para dicha tarea, que a diferencia de este estudio maneja un 84% de

efectividad en esta área, aunque sigue siendo muy discutible la manera de cómo se obtuvo estos datos ya que no fue entrevistado ni evaluado con algún método cualitativo o cuantitativo el personal de salud directo que es encargado para dichas tareas; también no se prescribía el hierro oral y ácido fólico, ya sea por causas como el desabastecimiento o falta del mismo, así como por el desconocimiento de lo que estas vitaminas ayudan al desarrollo del feto; otro punto a analizar es el examen clínico que se debe realizar en los controles prenatales, tal es el caso del examen de mamas que no era realizado por varios galenos, principalmente a causa del pudor de las pacientes que no dejaban que un médico de sexo masculino sea el que realice el examen, así se confirma el llenado deficiente de la historia clínica perinatal ya que el personal no cumple con todos los parámetros que se exigen en el llenado de la hoja, que se mantiene también es este estudio investigativo, alcanzando el 59% de incumplimiento. Los que con más frecuencia se omiten son los casilleros de embarazo actual, examen de mamas, examen odontológico, citología vaginal, exámenes de laboratorio, ya que en ocasiones no existen suficientes formularios de atención perinatal en estos establecimientos de salud; otro punto bajo es que la deficiente solicitud de exámenes de laboratorio, los cuales incluyen el paquete básico de exámenes como son el de grupo sanguíneo, factor Rh, pruebas de sensibilización, VDRL, glucosa, hemoglobina, hematocrito, prueba de tamizaje de VIH/Sida (previo consentimiento de la mujer embarazada) que de igual manera no ha variado mucho y sigue con cifras del 64% de incumplimiento; también no se hacía la orden para el examen odontológico en la mayoría de pacientes, al igual que la inconsistencia en evaluación de estado nutricional en hoja SISVAN, la misma que no era llenada quizás por falta de tiempo o desconocimiento de cómo llenarla; otros factores deficientes fueron el apoyo psicológico y emocional que pueda brindar el equipo de salud a la madre, esto principalmente cuando se trata el caso de firmar la hoja de autorización en el caso de cesárea, en la cual indican la mayoría de

pacientes que no fueron informadas adecuadamente sobre el porqué se iba a realizar dicha cesárea, mientras que en la presente investigación fue muy positiva la cifra que alcanzó el conocimiento del porque se les practicaba la cesárea a las usuarias con el 98% de efectividad. (16)

Más factores como el que algunos profesionales presumen que el enema y rasurado del vello púbico reduce infecciones, estimulan las contracciones en el caso del enema y facilita la sutura en el caso del rasurado, pero no existe evidencia que corrobore esta suposición. La mujer experimenta molestias cuando el vello vuelve a crecer y el riesgo de infección no se reduce. El rasurado rutinario a todas las pacientes podría incluso aumentar el riesgo de infección por el virus del sida y de la hepatitis, ya sea a la mujer o a la matrona. En conclusión, los enemas y el rasurado púbico se consideran innecesarios y no se deberían realizar, pero esto aún en la actualidad con el 97% demuestra que aún se prefiere el rasurado al recorte de vello.

Otro factor fue la falta de claridad en la definición de responsabilidades del personal sobre tareas específicas que le corresponden a cada uno de quienes integran el personal de salud durante la atención del parto por cesárea, esperando que fuese otro quien lo haga, dato que no se comparte con este estudio investigativo, ya que el 80% del personal médico refiere que el personal de salud complementario, sea este enfermería, auxiliar o estudiantil, si cumple con sus funciones; así también otro dato que se cito fue la deficiencia en los controle de temperatura, pulso, presión arterial, involución uterina, control de loquios (control de sangrado), en el período inmediato del postcesárea, también a causa de que no estaba claro que personal era el encargado de hacer dicha tarea. (16)

Finalmente en contraste con este trabajo investigativo realizado, podemos mencionar con las reservas del caso, que muchos de los factores expuestos coinciden con el actual accionar del personal de salud, pero así mismo se

puede evidenciar un mayor cumplimiento en varias normas y protocolos, principalmente en la parte psicológica y emocional, así como en la concientización de las madres de los controles prenatales en por lo menos 5 como mínimo durante su gestación.

Las normas menos atendidas y que comparten la mayoría de países de nuestra región, tiene que ver con la falta de equipos médicos, de laboratorio, personal capacitado suficiente para cubrir la demanda y la falta de recursos para cumplir con el cien por ciento de la normativa y protocolo, aunque se puede decir que se ha avanzado mucho en este campo.

Deben hacerse algunas puntualizaciones respecto al alcance de este trabajo. Los registros regulares de información sobre la atención al parto por cesárea pueden tener una calidad diferente en los distintos ámbitos de atención, sea este primario, secundario o de tercer nivel. Por ejemplo, el sector privado apenas comienza a incorporarse en el sistema regular de información en salud, por lo que los registros correspondientes a este sector podrían carecer de algunas características deseables. De cualquier modo, los datos con que se cuenta nos hablan de un claro incremento de las cesáreas en Ecuador, así como el uso cada vez más adecuado del protocolo y normativa del Ministerio de Salud Pública y las cifras analizadas y presentadas podrían considerarse como un escenario mínimo del fenómeno.

Conclusiones

Luego de haber realizado el presente trabajo investigativo puedo concluir que:

- En el área de Gineco-Obstetricia, específicamente en Centro Obstétrico del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja, durante el periodo de Abril a Octubre del año 2011 se encuestó 162 mujeres atendidas de parto por cesárea, así como a 19 médicos que laboran directamente en esta área, que representan el 100% de la población; en cuanto a las mujeres atendidas de parto por cesárea la mayor parte tenían una edad comprendida entre los 16 a 19 años de edad dando un porcentaje del 25%, lo que demuestra que eran principalmente adolescentes; así mismo, su nivel de instrucción fue mayoritariamente la secundaria, con el 59% del total, equivalente a 96 mujeres encuestadas; fueron multíparas en su gran mayoría, con el 64% que representa a 104 encuestadas y cuya edad gestacional mayoritariamente fue las 39 semanas de gestación, con 57 encuestadas lo que representa el 35% de la población estudiada. Dentro del personal médico entrevistado fue representado en su mayoría por mujeres con el 58%, correspondiente a 11 de los entrevistados.

- En cuanto al cumplimiento de los pasos y tareas de los protocolos, estos fueron los resultados:
  - ✓ Con 17 normas aprobadas, de un total de 22 pasos/tareas, se obtiene un 77% de cumplimiento del protocolo de manejo Prequirúrgico de la embarazada con indicaciones de Cesárea.

- ✓ Con 28 normas aprobadas, de un total de 29 pasos/tareas, se obtiene un 97% de cumplimiento del protocolo de manejo Quirúrgico de la embarazada con indicaciones de Cesárea.
- ✓ Con 10 normas aprobadas, de un total de 12 pasos/tareas, se obtiene un 83% de cumplimiento del protocolo de manejo Posquirúrgico de la embarazada con indicaciones de Cesárea.
- ✓ Por lo tanto, de un total de 63 pasos/tareas que reúne a los 3 protocolos de la embarazada con indicaciones de Cesárea, propuestos por el M.S.P del Ecuador, se obtiene que 55 de ellas se cumplen, lo que quiere decir que se ha logrado alcanzar un 87% de efectividad.

- Los factores que influyeron en la no aplicación de las Normas y Protocolos del manejo de parto por Cesárea fueron:
  - ✓ Los factores provienen de varios sectores del universo, abarcando tanto a las propias usuarias, al igual que al personal médico, de enfermería y auxiliar, siendo la falta por agotamiento o ausentismo de varios recursos físicos la causa principal, por ejemplo exámenes de laboratorio, equipos para medios diagnósticos deteriorados, falta de recursos en la adquisición de barreras protectoras, principalmente de gafas, también la falta de medicación apropiada para este tipo de procedimientos, siendo el la mayoría de los casos remplazada por medicación similar de la que si se dispone en farmacia, y en menor medida el desconocimiento de algunos pasos y tareas por parte del personal médico, sin olvidar el descuido de varias de las usuarias de no disponer del carnet materno-perinatal, por simple descuido, con lo cual no se contribuye al paso final de articulación entra la atención primaria y secundaria del ministerio de salud, todos estos son los

principales factores que influyeron en el incumplimiento de estos protocolos.

- Al contrastar la información obtenida en este trabajo investigativo, se concluye:
  - ✓ El personal médico, tiene un adecuado conocimiento de las normas y protocolos que el M.S.P del Ecuador ha implementado, viéndose limitado por falta de recursos económicos o físicos que de la institución.
  - ✓ El personal de enfermería si cumple con las obligaciones para las cuales fueron encomendadas, según el personal médico.
  - ✓ El personal auxiliar si realiza un trabajo adecuado, según el personal médico, a pesar de contar con equipos básicos deteriorados, para la toma de signos vitales, que bien pueden influir directamente en la vida de la paciente y su bebé, además de que cumplen con órdenes del personal médico, sean estas acertadas o cuestionables, como en el rasurado del área genital femenina.

- Los resultados obtenidos en esta investigación fueron entregados a los directivos del Hospital Isidro Ayora de Loja, quienes manifestaron el interés por el estudio de esta información, así como por los resultados que en esta se dieron, indicando que es un aporte positivo para dicha institución.

Recomendaciones

- Siendo el Hospital Isidro Ayora de Loja una unidad de salud de III nivel, se debe dotar a su personal, independientemente de su nivel asistencial, de implementos materiales y farmacológicos, de los más básicos a los más complejos, con el fin de poder cumplir con lo encomendado y así brindar una atención con mayor calidad y calidez a las usuarias.

- Fortalecer e instruir a las usuarias embarazadas desde el nivel primario, incentivando a continuar con los controles prenatales básicos durante el embarazo e incluirlas en el proceso de articulación del sistema nacional de salud, para que aporten con la presentación del carnet materno-perinatal demostrando su compromiso y ayudando al personal de salud a realizar mejor su trabajo.

- Fortalecer la supervisión en el llenado correcto de las HCL, con énfasis en el monitoreo de capacitación, actualización y aplicación de la Normativa y Protocolo Materno para el personal médico y de salud, y así asegurar una buena calidad para el cumplimiento de las normas y protocolos en vigencia.

- Realizar actividades y establecer la comparativa con el plano nacional e internacional, abriendo el debate sobre ciertas normas, pasos/tareas en las cuales no se esté de acuerdo, brindando nuevas alternativas e ideas, con el fin único de mejorar el rendimiento institucional.

- Brindar por parte del personal de salud una orientación adecuada sobre sexualidad desde el primer contacto que se tiene con las usuarias y usuarios, fomentando la planificación familiar y promoviendo el registro oportuno del nacimiento de su hijo en el Registro Civil.

- Continuar y potenciar el apoyo emocional, psicológico y afectivo, directo y oportuno que se brinde a las usuarias y sus familias en las instituciones públicas.

- Promover la inclusión de los coordinadores y docentes de los servicios de salud formadores de recursos humanos, para introducir en los contenidos del programa académico los protocolos que implementa el M.S.P. con el fin de estudiarlos y debatirlos, haciéndolos partícipes en la formación de sus futuros profesionales.

Bibliografía

1. Goldsworthy, Adrian, *César*, “Cesárea” 5 Junio 2011. <http://es.wikipedia.org/wiki/Ces%C3%A1rea>.

2. Frangioli, Armando. “El alto índice de cesáreas es un problema del país, no sólo del InSSSeP”. Bureau de Salud. 3 de Marzo 2011. <http://bureaudesalud.com/v2/2010/12/28/%E2%80%9Cel-alto-indice-de-cesareas-es-un-problema-del-pais-no-solo-del-insssep%E2%80%9D/>

3. Chervenak, Minkoff. “Aumento de la Tasa de Cesárea”. Obstetricia de Williams 22da Edición. México D.F.: Litografía Ingramex S.A de C.V. 2007.

4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Enfoque intercultural de las Normas de Salud Materna. Edición Quito, Abril 2010.

5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma y Protocolo Materno. Edición 20 de Agosto del 2008.

6. Col. Chapultepec Morales, Delegación Miguel Hidalgo, 11570 México, D. F. “Cesárea Segura”. 15 de Abril 2011. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>

7. Dr. Norberto Reyes Paredes. Procedimiento para ingresar y atender a la paciente en la unidad toco-quirúrgica (utq) por parto y/o cesárea Edición Digital. México 2009.

8. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet1985;2:436-437.

9. Cerda H. Uno de cada cuatro niños nace por cesárea. El País 2001; Octubre 30:28.

10. Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. Has the medicalisation of childbirth gone too far? BMJ 2002;324:892-895.

11. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Menacker F, Park MM. Births: Final data for 2000. Natl Vital Stat Rep 2002;(5):1-101.

12. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: Ecological study. BMJ 1999;319:1397-1402.

13. Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: Qualitative and quantitative study. BMJ2000;321:1501-1505.

14. ONU. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Objetivos No.4 y No.5 en lo pertinente a la reducción de muerte materna e infantil. Nueva York 2000. www.un.org/spanish/

15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador - Dirección Nacional de Normatización. Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para la Calidad de la Atención Materno-infantil. Quito, Septiembre 2006.

16. Ministerio de salud pública del ecuador. Dirección nacional de Normatización. Proyecto de mejoramiento de la atención en salud, HCI / USAID. Componente Normativo Materno-Neonatal. Edición Junio del 2008.

Anexos

Anexo 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
Área de la Salud Humana
CARRERA DE MEDICINA

TEMA: **Cumplimiento y Aplicación de la Norma y Protocolo Materno del Ministerio de Salud Pública para la Atención del Parto por Cesárea, de las Mujeres atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, en el Periodo Abril a Octubre 2011.**

INFORMACIÓN GENERAL Y ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

HC. #: _____ **EDAD:** _____ **ESCOLARIDAD:**

Primaria		Secundaria		Superior	

PARIDAD:

Multípara		Gran Multípara		Primípara	

EDAD GESTACIONAL: ___

CESÁREA. APLICACIÓN DE NORMA Y PROTOCOLO MATERNO

- MANEJO PREQUIRÚRGICO DE LA EMBARAZADA CON INDICACIONES DE CESÁREA

PASOS Y TAREAS	SI	NO	INCOMPLETO	REFERENCIA	
				Completo	Incon
1. Control Prenatal habitual hasta la semana 36. 1.1 Si se trata de referencia, revisar si la hoja de referencia está llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.					
2. Si es situación de emergencia disponga su ingreso a la unidad.					
3. Revisar si se encuentra completa la Historia Clínica Perinatal.					
4. Tranquilice, brinde apoyo, escuche y responda a la usuaria en sus preguntas o dudas.					
5. Verificar si se realizó la evaluación clínica y obstétrica que incluya: TA, FC, FR y T°, FCF por cualquier método y examen vaginal.					
6. Preguntar si se le canalizo vía periférica para administrar líquidos intravenosos y/o medicación. Previa recolección de muestras de sangre para pruebas necesarias.					
7. Comprobar el registro en el control prenatal de exámenes de laboratorio previos: BH, TP, TTP, Plaquetas, Glicemia, Urea, Creatinina, Grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, VIH con consentimiento informado.					
8. En caso de Hb < 7 mg/dl verificar si se tramito sangre o hemoderivados sanguíneos, si el caso lo requiere.					
9. Revisar nota explicativa con los hallazgos preoperatorios que justifiquen la cesárea, con respectiva firma de consentimiento informado por parte de la usuaria o familiar autorizado.					
10. Parte operatorio firmado por médico de mayor experiencia.					
11. Verificar Comunicado al servicio de Anestesiología y Neonatología, para su valoración y tipo de anestesia a usar en el procedimiento.					
12. Confirmar si la usuaria permaneció en ayuno desde el Dg. De cesárea de emergencia o al menos 6h, si es cesárea programada. Si fue de					

emergencia administrar antiemético: metoclopramida 1 amp. IV.			
13. Verificar si hubo RECORTE de vello exclusivo en el área operatoria (30 minutos antes de la cirugía). NO RASURADO.			
14. Considere la profilaxis de tromboembolia venosa con vendaje de miembros inferiores, retirar prótesis, joyas y traslado de paciente en bata quirúrgica a la Sala de Operaciones.			

- PROTOCOLO DE MANEJO QUIRÚRGICO DE LA EMBARAZADA CON INDICACIONES DE CESÁREA

PASOS Y TAREAS	SI	NO	INCOMPLETO
1. Ingreso a Sala de Operaciones, comunicando a Enfermería, Anestesiología y Neonatología.			
2. Preparación por parte de Enfermería de mesa de instrumentación, mesa Mayo y material quirúrgico necesario.			
3. Coloque a la paciente en posición correcta para la anestesia peridural – raquídea o general indicada por el médico anestesiólogo según valoración preanestésica.			
4. Colocación de paciente en decúbito supino, con monitorización continúa de TA, FC, FR y nivel de conciencia.			
5. Lavado quirúrgico de manos con 5 ml de gluconato de clorhexidina al 2% u otro antiséptico, en 2 tiempos de 1 y 5 minutos con enjuague intermedio.			
6. Asepsia y antisepsia de campo quirúrgico abdominal y perineal con solución antiséptica.			
7. Colocación de sonda Foley N°16.			
8. Colocación de barreras protectoras: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica.			
9. Colocación de campos quirúrgicos estériles, realización de incisión por planos y exposición de campo operatorio.			
10. Histerotomía, Amniotomía y extracción de RN, doble pinzamiento y sección de cordón umbilical.			
11. Profilaxis antibiótica: 1 dosis de Cefazolina 1 g IV, luego de pinzar el cordón umbilical. Alternativa: Ampicilina 1g IV luego pinzar el cordón umbilical.			
12. Extracción manual de placenta y membranas con revisión de cavidad uterina, y posible uso de uterotónicos.			
13. Retiro de material intraabdominal, cierre por planos de cavidad abdominal y revisión de hemostasia.			
14. Registro y verificación del sangrado total y diuresis.			
15. Pase a sala de recuperación.			

- PROTOCOLO DE MANEJO POSQUIRÚRGICO DE LA CESÁREA

PASOS Y TAREAS	SI	NO	INCOMPLETO
1. Verificar la vigilancia y registro que debió existir cada 15 minutos, de signos vitales, incluidos el fondo uterino y el sangrado por las 2			

primeras horas postcesárea.			
2. Comprobar el alojamiento conjunto (madre-niño/a) lo más rápido posible según la condición materna e incentivar la lactancia materna precoz.			
3. Mantener sonda vesical por 12 a 24 horas según la anestesia recibida y condición posquirúrgica.			
4. Mantener a la paciente en NPO por 6h mínimo.			
5. Inicie tolerancia oral con sorbos de líquidos claros a las 6 horas y fomente la deambulación precoz dentro de las primeras 24h, como medida antiembólica, luego de terminada la cesárea.			
6. Revisar la analgesia que se administra IV para el posquirúrgico inmediato y VO durante el período de hospitalización.			
7. Evaluar el alta mínimo a las 48 horas postcesárea.			
8. Antes del alta provea orientación y servicios de planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde a las necesidades de la paciente.			
9. Programe una cita para retiro de punto(s) quirúrgicos a los 7días de la cesárea.			
10. Instruya a la madre sobre la importancia del registro oportuno del nacimiento de su hijo en el Registro Civil.			

Observaciones:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Anexo 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
Área de la Salud Humana
CARRERA DE MEDICINA

TEMA: **Cumplimiento y Aplicación de la Norma y Protocolo Materno del Ministerio de Salud Pública para la Atención del Parto por Cesárea, de las Mujeres atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, en el Periodo Abril a Octubre 2011.**

ENTREVISTA DIRIGIDA AL PERSONAL MÉDICO DE SALUD: DRS(AS). (TRATANTES, RESIDENTES Y POSGRADISTAS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA, DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA.

INFORMACIÓN GENERAL

N° de Encuesta:……. **Fecha de la Entrevista:……..**

SEXO: Masculino ☐ **Femenino** ☐

1. **Cuando usted va a realizar una cesárea, el Parte Operatorio se encuentra firmado por el médico de mayor experiencia? Si la respuesta es negativa u ocasionalmente, indique cuales son las razones.**
   SI ☐ **NO** ☐ **OCASIONALMENTE** ☐
   _____
   _____
   _____
   _____
2. **Antes de realizar una cesárea, usted comunica siempre personalmente, al servicio de Anestesiología y Neonatología, para la valoración Materno-Fetal y/o tipo de Anestesia a usar en el procedimiento? Si su respuesta es negativa u ocasionalmente, indique porqué.**
   SI ☐ **NO** ☐ **OCASIONALMENTE** ☐
   _____
   _____
   _____
   _____
3. **Antes de realizar usted una cesárea, ha constatado, que el personal de Enfermería ya tenga preparada la mesa de instrumentación, mesa de Mayo y material quirúrgico necesario? Si su respuesta es negativa u ocasionalmente, indique porqué.**
   SI ☐ **NO** ☐ **OCASIONALMENTE** ☐
   _____
   _____
   _____
   _____
4. **El lavado quirúrgico de manos sea con 5 ml de gluconato de clorhexidina al 2% u otro antiséptico, se recomienda hacerlo en 2 tiempos, de 1 y 5 minutos con enjuague intermedio.**

Usted siempre cumple con esta norma? Si su respuesta es negativa u ocasionalmente, indique porqué.

SI ☐ **NO** ☐ **OCASIONALMENTE** ☐

_____

_____

_____

5. **Realiza usted siempre asepsia y antisepsia del campo quirúrgico *abdominal y perineal* con solución antiséptica? Si su respuesta es negativa u ocasionalmente, indique porqué.**

SI ☐ **NO** ☐ **OCASIONALMENTE** ☐

_____

_____

_____

_____

6. **Usted al realizar cesáreas cumple con la colocación de todas las barreras protectoras como: *gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica*? Si su respuesta es negativa u ocasionalmente, indique porqué.**

SI ☐ **NO** ☐ **OCASIONALMENTE** ☐

_____

_____

_____

_____

7. **Realiza siempre la profilaxis antibiótica con dosis de Cefazolina 1g IV o Ampicilina 1g IV, inmediatamente luego de pinzar el cordón umbilical? Si su respuesta es negativa u ocasionalmente, indique porqué.**

SI ☐ **NO** ☐ **OCASIONALMENTE** ☐

_____

_____

_____

_____

8. **Anota y/o verifica usted el registro del sangrado total y diuresis, luego de la cesárea? Si su respuesta es negativa u ocasionalmente, indique porqué.**

SI ☐ **NO** ☐ **OCASIONALMENTE** ☐

_____

_____

_____

_____

9. **Al dar el alta, usted mismo da orientación o brinda asesoría acerca de los servicios de planificación familiar, acorde a las necesidades de los pacientes? Si su respuesta es negativa u ocasionalmente, indique porqué.**

SI ☐ **NO** ☐ **OCASIONALMENTE** ☐

_____

_____

_____

10. **Al dar el alta, usted mismo instruye a la madre sobre la importancia del registro oportuno del nacimiento de su hijo en el Registro Civil? Si su respuesta es negativa u ocasionalmente, indique porqué.**

    SI ☐ **NO** ☐ **OCASIONALMENTE** ☐

    _____
    _____
    _____
    _____

OBSERVACIONES:

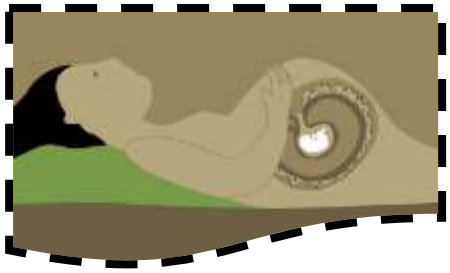
_____
_____
_____
_____

Anexo 3

NORMATIVA Y PROTOCOLO MATERNO

Cumplimiento y Aplicación de la Norma y Protocolo Materno del MSP

Los hijos son las anclas que atan a la vida a las madres



Embarazo Controlado = Niño Sano

Las Normas y Protocolos ayudan a determinar el cumplimiento y aplicación dentro de los centros operativos, pudiendo determinar estudios investigativos durante todo el manejo del embarazo y con especial énfasis desde el contacto de la usuaria con el profesional de salud, identificando factores de riesgo y evaluando al personal a cargo del cumplimiento de los mismos, logrando a tiempo y de esta forma su corrección, brindando un mejor servicio de salud a la comunidad.

1859

Normativa y Protocolo Materno

Autor:

Jhon Mauricio Coronel Ruilova

Est. De la Carrera de Medicina Humana

Meta por Alcanzar

A mediados de los años ochenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso como estándar para los nacimientos por cesárea la cifra de 15%. A pesar de esta recomendación, los nacimientos quirúrgicos se han incrementado de manera notable en los últimos años en casi todos los países de ingresos altos y medios.

En el Ecuador la cifra alcanza el 30% en el sector público, pero a nivel privado bordean cifras alarmantes, que van del 50% al 70%, así en nuestra ciudad durante el años 2010 en el H.R.I.A. de Loja su valor es del 36,7% durante el año 2010, incrementando el 0,5% al año 2011, alcanzando el 37,2%.

Implementación de Normas y Protocolos

El MSP del Ecuador, desde el 2008 implemento un Componente Normativo Materno, y en el marco del cumplimiento de los Objetivos del Milenio en el que se incluyen normas y protocolos para la mejor atención de la madre y el recién nacido durante el embarazo, parto y postparto, así como para la terminación del mismo en cesárea, incluyéndose como una vía alternativa de parto no natural, que involucra como objetivo el fin común de salvar y proteger la vida de la madre y su producto.

Resultados

En el Hospital Isidro Ayora de Loja durante el período de Abril a Octubre del 2011 y mediante un estudio a 162 usuarias de esta institución se obtuvieron los siguientes resultados:

- **De un total de 63 pasos/tareas que reúne a los 3 protocolos de la embarazada con indicaciones de Cesárea, propuestos por el M.S.P del Ecuador, se obtiene que 55 de ellas se SI se cumplen, lo que quiere decir que se ha logrado alcanzar un 87% de efectividad.**

- **Los factores que influyen en el NO cumplimiento de algunas normas provienen de varios sectores del universo, abarcando tanto a las propias usuarias, al igual que al personal médico, de enfermería y auxiliar, siendo la falta por agotamiento o ausentismo de varios recursos físicos la causa principal, como agotamiento de exámenes de laboratorio, equipos para medios diagnósticos deteriorados, falta** de recursos en la adquisición de barreras protectoras, principalmente de gafas y en menor medida el desconocimiento de algunos pasos y tareas por parte del personal médico, sin olvidar el descuido de varias de las usuarias.

Normativa y Protocolo Materno

Los hombres son los que sus madres han hecho de ellos.

Índice General

Resumen 2

Summary 4

Introducción 6

Revisión de Literatura 11

Materiales y Métodos 54

Resultados

- Datos Generales de las usuarias 57
- Cumplimiento y aplicación de los pasos y tareas 62
- Datos Generales y entrevista al personal médico 77
- Resultados Globales – Generales y Parciales 89

Discusión 94

Conclusiones 100

Recomendaciones 103

Bibliografía 105

Anexos 107