

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



CESÁREA DE URGENCIA:
CARACTERÍSTICAS BIOSOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES INTERVENIDAS
EN ESTA MODALIDAD DE PARTO, HOSPITAL REGIONAL VALDIVIA

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al título de
Matrona o Matrón.

AUTORES

Fernanda Elizabeth Acevedo Muñoz.
Jonatan Abdías Jara García.
Isabel Nataly Velásquez Contreras.

VALDIVIA – CHILE
2013

COMISIÓN CALIFICADORA

PROFESOR PATROCINANTE
Nombre: Myriam Márquez Manzano Firma



PROFESOR COPATROCINANTE
Nombre: Francisco Marín Herrada Firma



FECHA DE APROBACIÓN 17 de Diciembre, 2013

DEDICATORIAS

Dedico este logro a Elena del Carmen García Hernández, mi madre, y David Valentín Jara Castillo, mi padre, quienes durante todo este proceso han contribuido de forma permanente e incondicional. Agradecido de la oportunidad que me dieron para estudiar esta carrera maravillosa. A la memoria de mi hermana Whinnet Nicole Jara García quien no pudo ver mi sueño cumplido de forma física, pero de forma espiritual se que has estado siempre presente. Y finalmente a mi compañero Yeye.

Jonatan A. Jara García.

Le dedico este logro a mi familia, en especial a mi madre Janice Contreras por todo tu esfuerzo y sacrificio, brindarme el apoyo en todo momento y por creer en mis capacidades. También a Víctor Arancibia porque a pesar de no ser mi padre, has sido hasta ahora un pilar fundamental para conseguir este logro. A mi hermano, Camilo y a mis hermanas, Solange y Thyare, por ser una motivación en el cumplimiento de mis metas y una de mis mayores alegrías y además mostrarle que pueden lograr todos los sueños que se propongan. Un beso y un abrazo...Los amo.

Isabel N. Velásquez Contreras.

Dedico este logro a mi madre, Elizabeth Muñoz y a mi padre Jorge Acevedo por el esfuerzo y los sacrificios realizados para que yo pudiera salir del hogar en busca mis sueños...por creer en mí constantemente y por ser mis guías incondicionales. También te dedico este trabajo Ignacio, para recordarte que eres mi alegría desde que te vi y mi compañía del día de mañana. A mis abuelas Rosa y Gladys, a mi abuelo Miguel Q.E.P.D., que a pesar de no estar presente, sé que seguiste mi proceso desde donde quiera que estes... y a ti Elías, por tu compañía en estos últimos años, por tu paciencia envidiable y por el amor que me demuestras cada día...

Fernanda E. Acevedo Muñoz.

A la memoria de la matrona más linda y motivadora, con energía para repartir al mundo, que con tu empatía, carisma y simpatía, contribuiste en nuestra formación y quedaste plasmada en nuestros corazones. Gracias por tu compañía y alentarnos cada día durante ese hermoso semestre que compartimos contigo...nuestra Ponchechita....Daniela Ponce Muñoz.

Tus Gemelitas y yoyo.

AGRADECIMIENTOS

Como equipo de trabajo queremos agradecer a todas aquellas usuarias que aceptaron participar voluntariamente de esta investigación para aportar al conocimiento de futuras generaciones.

Agradecer también a la Jefatura del Subdepartamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Regional de Valdivia, Don Carlos Retamal Sch. y la matrona Sra. Sonia Cerda, también a las matronas jefas de las Unidades de Puerperio y Alto Riesgo Obstétrico, Sra. Leticia Soto y Sra. Silvia Villa, respectivamente, quiénes facilitaron el ingreso a los servicios de Obstetricia y Ginecología para la recolección de los datos.

A nuestros patrocinantes, la Doctora Myriam Márquez Manzano y el Doctor Francisco Marín Herrada, por su disposición y entrega permanente en guiarnos para el desarrollo de esta tesis.

Al equipo docente del Instituto de Salud Sexual y Reproductiva, por todos los conocimientos, apoyo y cariño entregados durante nuestro proceso de formación.

Y en especial a nuestras familias por su apoyo incondicional en cada uno de los momentos que hemos pasado durante este largo camino. Por levantarnos el ánimo en los momentos que nos aquejaban y por creer siempre en nosotros

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	JUSTIFICACIÓN	3
3.	OBJETIVOS	4
3.1	OBJETIVO GENERAL	4
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
4.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	5
4.1	SUJETO DEL PROBLEMA	5
5.	MARCO TEÓRICO	6
5.1	DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	6
5.1.1	Salud Sexual y Reproductiva	6
5.2	CESÁREA	7
5.2.1	Cesárea de Urgencia	8
5.3	INDICACIONES DE CESÁREA DE URGENCIA	8
5.3.1	Causas Maternas	8
5.3.1.1	Distocias de trabajo de parto	8
5.3.1.2	Desproporción céfalo pélvica	9
5.3.1.3	Inducción del trabajo de parto	11
5.3.1.4	Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta	12
5.3.2	Causas Fetales	12
5.3.2.1	Sufrimiento Fetal Agudo	12
5.3.2.2	Distocia de presentación	13
5.3.2.3	Distocia de posición	13
5.3.2.4	Restricción del crecimiento intrauterino	14
5.4	CARACTERÍSTICAS BIOSOCIODEMOGRÁFICAS	14
5.4.1	Características biológicas	15
5.4.2	Características sociales	16
5.4.3	Características demográficas	17
6	ROL DE LA MATRONA O DEL MATRÓN	19
7	MARCO METODOLÓGICO	21
7.1	TIPO DE ESTUDIO	21
7.2	POBLACIÓN EN ESTUDIO	21
7.2.1	Criterios de inclusión	22
7.2.2	Criterios de exclusión	22
7.3	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	22
7.4	CRITERIOS DE RIGOR	23
7.4.1	Confiability	23
7.4.2	Validez	23
7.5	VARIABLES	23
7.5.1	Biológicas	23
7.5.2	Sociales	24
7.5.3	Demográficas	24

7.6	RESGUARDOS ÉTICOS	24
8	PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	25
9	RESULTADOS	26
9.1	CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO	26
9.2	CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO	30
9.3	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO	31
9.4	CAUSAS MATERNAS Y FETALES DE CESÁREA DE URGENCIA	33
9.5	RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS Y CAUSA DE CESÁREA DE URGENCIA	33
10	DISCUSIÓN	37
11	CONCLUSIONES	40
12	BIBLIOGRAFÍA	42

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Número		
1	Paridad de mujeres intervenidas por cesárea de urgencia, Hospital Clínico Regional de Valdivia, 4 de Septiembre al 31 de Octubre, 2013.	26
2	Talla materna de mujeres intervenidas por cesárea de urgencia, Hospital Clínico Regional de Valdivia, 4 de Septiembre al 31 de Octubre, 2013.	27
3	Presencia de complicaciones intraoperatorias de las mujeres intervenidas por cesárea de urgencia, Hospital Clínico Regional de Valdivia, 4 de Septiembre al 31 de Octubre, 2013.	28
4	Estados nutricionales al inicio y al término del embarazo de las mujeres intervenidas por cesárea de urgencia, Hospital Clínico Regional de Valdivia, 4 de Septiembre al 31 de Octubre, 2013.	29
5	Procedencia de las gestantes intervenidas por cesárea en estudio. Hospital Clínico Regional de Valdivia, 4 de Septiembre al 31 de Octubre del 2013.	32
6	Relación entre la causal DCP con otras variables biológicas de las madres intervenidas por cesárea de urgencia. Hospital Clínico Regional de Valdivia, 4 de Septiembre al 31 de Octubre del 2013.	34

ÍNDICE DE TABLAS

Número		
1	VARIABLES BIOLÓGICAS EN ESTUDIO, PERIODO SEPTIEMBRE-OCTUBRE, 2013.	15
2	VARIABLES SOCIALES EN ESTUDIO, PERIODO SEPTIEMBRE-OCTUBRE, 2013.	17
3	VARIABLES DEMOGRÁFICAS EN ESTUDIO, PERIODO SEPTIEMBRE-OCTUBRE, 2013.	18
4	ESTADÍGRAFOS DE POSICIÓN DE LA VARIABLE TALLA MATERNA. EXCEL 8.0	27
5	EDAD GESTACIONAL AL PARTO DE LAS USUARIAS INTERVENIDAS POR CESÁREA DE URGENCIA, HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA, 4 DE SEPTIEMBRE AL 31 DE OCTUBRE, 2013.	28
6	PRESENCIA DE PATOLOGÍAS PREVIAS A LA GESTACIÓN EN USUARIAS INTERVENIDAS POR CESÁREA DE URGENCIA, HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA, 4 DE SEPTIEMBRE AL 31 DE OCTUBRE, 2013.	28
7	KILOGRAMOS AUMENTADOS DURANTE LA GESTACIÓN POR LAS MADRES INTERVENIDAS POR CESÁREA DE URGENCIA, HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA, 4 DE SEPTIEMBRE AL 31 DE OCTUBRE, 2013.	29
8	ESTADO CONYUGAL DE LAS USUARIAS INTERVENIDAS POR CESÁREA DE URGENCIA, HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA, 4 DE SEPTIEMBRE AL 31 DE OCTUBRE DEL 2013.	30
9	GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS USUARIAS INTERVENIDAS POR CESÁREA DE URGENCIA, HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA, 4 DE SEPTIEMBRE AL 31 DE OCTUBRE DEL 2013.	30
10	PREVISIÓN DE SALUD DE LAS USUARIAS INTERVENIDAS POR CESÁREA DE URGENCIA, HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA, 4 DE SEPTIEMBRE AL 31 DE OCTUBRE DEL 2013.	31
11	RANGO ETARIO DE LAS GESTANTES INTERVENIDAS POR CESÁREA DE URGENCIA, HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA, 4 DE SEPTIEMBRE AL 31 DE OCTUBRE DEL 2013, SEGÚN MINSAL 2009.	31
12	ESTADÍGRAFOS DE POSICIÓN DE LA VARIABLE EDAD. EXCEL 8.0.	31
13	LOCALIDAD RURAL DE LAS GESTANTES EN ESTUDIO. HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA. 4 DE SEPTIEMBRE AL 31 DE OCTUBRE DEL 2013.	32
14	CAUSAS MATERNAS Y FETALES DE CESÁREA DE URGENCIA DE MADRES INTERVENIDAS EN ESTA MODALIDAD DE PARTO, HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA. 4 DE SEPTIEMBRE AL 31 DE OCTUBRE DEL 2013.	33
15	RELACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS GESTANTES CON LA DCP COMO CAUSA DE CESÁREA DE URGENCIA. HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA.	34
16	RELACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS GESTANTES CON SFA COMO CAUSA DE CESÁREA DE URGENCIA. HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA.	35
17	RELACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS GESTANTES CON SHIE COMO CAUSA DE CESÁREA DE URGENCIA. HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA.	35
18	RELACIÓN ENTRE ESTADO NUTRICIONAL DE LAS GESTANTES Y CAUSAS DE CESÁREA. HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE VALDIVIA.	36

ÍNDICE DE ANEXOS

Número		
1	FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS TESIS.	50
2	CARTAS DE AUTORIZACIÓN.	53
2.1	Carta autorización Jefe de Subdepartamento de Obstetricia y Ginecología.	53
2.2	Carta autorización Matrona Supervisora de Subdepartamento de Obstetricia y Ginecología	54
2.3	Carta informativa a la Dirección del Hospital Base Valdivia	55
2.4	Carta informativa Matrona Jefa de la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico	56
2.5	Carta informativa Matrona Jefa de la Unidad de Puerperio	58
3	CONSENTIMIENTO INFORMADO	59
4	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	61

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue analizar las características biosociodemográficas de las madres intervenidas por cesárea de urgencia en el Hospital Clínico Regional de Valdivia (HCRV), para determinar la influencia de alguna/as de ellas en esta modalidad de parto e identificar aquellas que pueden ser prevenibles durante el embarazo y evitar el término de la gestación por vía alta. Para responder a los objetivos planteados, se realizó un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y no experimental, por medio de un censo de la población de todas las mujeres que fueron intervenidas por cesárea de urgencia durante el periodo seleccionado, que se encontraron hospitalizadas en la unidad de Puerperio del HCRV, y que aceptaron el uso de sus registros clínicos.

De todas las características identificadas, el estado nutricional materno previo y al término de la gestación fue el de mayor relevancia para este estudio, en donde el 57,3% de las usuarias inició la gestación con índice de masa corporal elevado, cifra que aumentó a un 82,0% al término de esta, mostrando una alta asociación con desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal agudo y síndromes hipertensivos del embarazo. Además se encontró que la mayoría de estas usuarias proceden de localidades rurales de la región de Los Ríos alcanzando un 56,2% del total de la población censada.

El sobrepeso y obesidad al inicio del embarazo están asociados con un aumento del número de cesárea de urgencia por falla en la progresión del trabajo de parto y alteraciones del bienestar materno-fetal, encontrándose más expuestas aquellas usuarias de nivel socioeconómico bajo (79,8%) y procedentes del área rural. Es por ello que dentro del rol de la matrona o matrócn se debe integrar el trabajo multidisciplinario constante para otorgar una atención integral a las gestantes y familias

Palabras Claves: Causas de cesáreas; Cesárea de urgencia; Obesidad; Desproporción céfalo pélvica; Sufrimiento Fetal Agudo.

1. INTRODUCCIÓN

La Cesárea es el acto quirúrgico en el cual se realiza la extracción del feto y de los anexos embrionarios (placenta, líquido amniótico y membranas ovulares) por medio de una incisión en la pared abdominal y pared uterina, es la resolución quirúrgica más utilizada a nivel mundial. (Medina, Ortiz & Miño, 2011). En el sistema público de salud chileno, la cesárea es utilizada principalmente para emergencias obstétricas, pero también para aquellas mujeres en las que se ha contraindicado con anterioridad el parto vaginal por razones médico obstétricas maternas y/o fetales. Sin embargo, en el sistema privado de atención de salud, este procedimiento además de ser utilizado por las razones ya mencionadas, es también una vía electiva para la madre de mayor nivel socioeconómico, quien puede programarla previo al inicio del trabajo de parto, con el equipo de salud, determinando así un aumento global de la tasa de cesárea en Chile (Cabrera et al, 2006).

De acuerdo a lo anteriormente planteado, un elemento discutible es la brecha socioeconómica entre usuarias del sistema público y privado de salud, evidenciándose cierto grado de desigualdad en la atención de salud, vulnerando el derecho a la autonomía y toma de decisiones frente a los derechos sexuales y reproductivos (SS y RR). Cabe destacar que en situaciones de emergencia obstétrica, el derecho de autonomía que puede ejercer una mujer sobre la elección de la vía del parto se contraponen indiscutidamente con el principio de no maleficencia, al que responde el equipo de salud para respetar el derecho a la vida, ya que si este trabajo de parto progresa con ciertas complicaciones maternas y perinatales, deja entre ver un alto grado de negligencia de este equipo de salud.

A nivel mundial, la cesárea alcanza tasas de hasta un 15%, sin embargo en América Latina y el Caribe la tasa de cesárea es superior a la de países en desarrollo, como México que presenta un 39,1 %, pero menor a los países desarrollados de Europa que no sobrepasan el 19,0% (Betrán, Meriáldi, Lauer, Bing-Shun, Thomas & Van Look, 2007). Chile se encuentra entre los países de América Latina con las tasas más altas de cesáreas, alcanzando cifras cercanas al 40,0%, presentando un aumento de un 7,0% entre el año 1990 y 2000 (Salinas, Naranjo, Pásten & Retamales, 2007). Durante el año 2010, el sector público de la salud presentó una tasa de cesárea cercana al 37,0%, mientras que en el sector privado esta tasa correspondería al 66,0%.

El servicio de salud de Valdivia registró que entre los años 2007-2009, el porcentaje de cesáreas alcanzó un 29,0% promedio del total de los nacimientos registrados para ese periodo (Guzmán, 2012), cifras alarmantes, según la Encuesta Global de Salud Materna y Perinatal realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que los países con tasas mayor al 15,0%, son países donde existe mayor porcentaje de morbilidad materna con asociación directa de mortalidad fetal (Ábalos, 2009). Cabe destacar que en los meses de enero a julio del año 2012 en el Hospital Base Valdivia, un 35,0% de los nacimientos fueron por vía alta.

Dado estos antecedentes es que nace la necesidad de identificar cuáles son las características biosociodemográficas de las mujeres que son intervenidas por cesárea de urgencia. Para responder a estas interrogantes, se realizó un estudio cuantitativo, de Corte Transversal, de tipo observacional descriptivo, desde el 4 de septiembre al 31 de Octubre de 2013, de las mujeres atendidas en la Unidad de Partos del Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV), utilizando como fuente de datos el libro de registro de partos, sistema informático perinatal (SIP) y fichas clínicas con los objetivos de identificar las principales condicionantes de cesárea y las características biosociodemográficas de las usuarias atendidas en dicho establecimiento.

2. JUSTIFICACIÓN

Durante la experiencia clínica adquirida en el periodo junio-julio del 2012 se observó un incremento en la incidencia de cesáreas de urgencia como consecuencia de pruebas de trabajo de parto fracasadas, desproporción céfalo pélvica, dilatación estacionaria, expulsivo detenido e inducción fracasada, entre otras. Por esta razón se realizó una revisión sistemática, retroactiva del libro de registro de partos del HCRV, que incluyó los meses de Enero a Julio del 2012. Los resultados demostraron que de un total de 1384 usuarias que tuvieron sus partos en el periodo antes descrito, 485 de estas correspondieron a partos por cesárea (35,0%), de las cuales 295 fueron cesáreas de urgencia, equivalentes al 60,8% del total de estas.

La importancia de investigar cuales son las características de las madres que se relacionan con el aumento de cesáreas en la población, radica en la posibilidad de identificar aquellas características que pueden ser prevenibles y/o modificables durante el embarazo, para evitar el término de la gestación por vía alta (Salinas et al, 2004) (African Health Science, 2011) debido a las consecuencias asociadas a esta intervención quirúrgica. Entre ellas destacan, el mayor costo relacionado con los insumos y el recurso humano necesario para su ejecución, el riesgo de morbilidad propia de una cirugía, aumentando los días de hospitalización de la madre y recién nacido/a, además de interferir en el proceso de vinculación madre-hijo/a y el inicio precoz de la lactancia materna. También se busca aportar información que muestre la asociación entre características biosociodemográficas de las gestantes con la resolución del parto por vía alta, debido a que las principales revistas de Obstetricia y ginecología a nivel nacional aportan mínima información sobre este fenómeno y las repercusiones que puede tener esta intervención en la vida reproductiva de las mujeres.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar las características biosociodemográficas de las madres intervenidas por cesárea de urgencia en el Hospital Regional de Valdivia, desde el 4 de Septiembre al 31 de Octubre del 2013.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar las características biológicas de las madres intervenidas por cesárea de urgencia.
- b) Identificar las características sociales de las madres intervenidas por cesárea de urgencia.
- c) Identificar las características demográficas de las madres intervenidas por cesárea de urgencia.
- d) Identificar las causas médicas: maternas y fetales, que determinan la indicación de cesárea de urgencia.
- e) Analizar la relación que existe entre las características biológicas de las madres intervenidas por cesárea de urgencia y las causas, maternas y fetales que determinan la indicación de esta modalidad de parto.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características biosociodemográficas de las madres, que se asocian a cesáreas de urgencia en el Hospital Base Valdivia desde el 4 de Septiembre al 31 de Octubre del 2013?

4.1 SUJETO DEL PROBLEMA

Mujeres usuarias de la unidad de partos del Hospital Base Valdivia, intervenidas por cesárea de urgencia entre el 4 de Septiembre al 31 de Octubre del año 2013 que hayan aceptado y firmado previamente el consentimiento de participación en la investigación.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Los derechos sexuales y reproductivos son aquellos, que aseguran a las mujeres y hombres a tener control respecto de su sexualidad, a decidir libre y responsablemente sin verse sujetos a la coerción, la discriminación y la violencia; el derecho de todas las parejas e individuos a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello, así como a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva (Maoño & Vázquez, 2006).

El derecho sexual y reproductivo que se ve vulnerado en una cesárea de urgencia, es el derecho a recibir una atención integral durante todo el proceso reproductivo, debido a que algunas causas de cesáreas de urgencia son prevenibles o modificables durante el embarazo, por lo que en los controles prenatales se debiera pesquisar y derivar oportunamente a nivel secundario indicadores de alteración en el examen obstétrico, ecografías obstétricas, exámenes de laboratorio de la madre y sintomatología clínica de patologías del embarazo según edad gestacional, entre otras, para evitar situaciones de urgencia. Este derecho también puede verse vulnerado durante el trabajo de parto, ya que el/la profesional que conduce el trabajo de parto debe estar alerta a cualquier alteración que pudiera desencadenar una situación de urgencia.

Si bien algunas madres presentan preferencia por un parto eutócico y no desean ser intervenidas por una cesárea, éstas tienen el derecho a ser informadas oportunamente y de forma clara en cuanto a la situación que amerita la resolución del parto por vía alta, para así velar por el derecho a la vida de la gestante y su hijo/a (SERNAM, 2003)

5.1.1 Salud Sexual y reproductiva

La salud sexual se puede definir como el conjunto de convenciones, roles asignados y conductas vinculadas a la cultura y que suponen expresiones del deseo sexual, emociones disímiles, relaciones de poder mediadas por creencias, valores, actitudes, sentimientos y otros aspectos referentes a nuestra posición en la sociedad, tales como la raza, grupo étnico y clase social (Pérez, 2008). Es posible definir la Salud Sexual y Reproductiva como la posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de un embarazo no deseado; de poder regular la fecundidad sin riesgos de efectos secundarios desagradables o peligrosos; de tener un embarazo y parto seguros y, de tener y criar hijos saludables (Organización Panamericana de la Salud, 1995, citado en Castro, 2007/Centro Ecográfico de Diagnóstico Perinatal, 2009).

El proyecto de ley Marco de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (Facultad latinoamericana de ciencias sociales, 2008), plantea que la salud sexual y reproductiva debe

responder a los derechos sexuales y reproductivos principalmente al derecho que tiene toda persona a recibir información adecuada y a servicios de salud integrales.

Dado estos antecedentes es que el y las investigador/as consideran que las cesáreas de urgencia, transgreden las creencias y valores de las madres, ya que afectan abruptamente su decisión en cuanto a la modalidad de parto que planificaban tener, lo que es debidamente justificado por la emergencia de la situación, sin embargo, si se llega a esta instancia por factores y características que pudieron ser prevenibles y/o modificables durante el embarazo, las madres podrían optar a un parto más natural y seguro, acorde a sus creencias y a su cultura sin los riesgos que implica una intervención quirúrgica para la madre y su hijo/a y sin vulnerar los derechos sexuales y reproductivos involucrados con la libertad a elección de la vía del parto y al recibir información clara y oportuna.

5.2 CESÁREA

Cesárea se define como una intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción, vivo o muerto, a través de una laparotomía y una incisión en la pared uterina en embarazos que superan las 27 semanas de gestación (Rosales & Felguérez, 2009). Mundialmente existe un notable aumento de las tasas de cesáreas. En 1970 en Estados Unidos la tasa de cesárea era de un 5,5%, mientras que en los 90' estas cifras alcanzaron el 22,8% (Márquez-Calderón, Ruiz-Ramos, Juárez & Libroero, 2011), y hacia el año 2006 un 31,1% (Kamath, Tood, Glazner, Lezotte, & Lynch, 2009). En España también se documenta un aumento de esta, pasando de un 13,6% a finales de los setenta a un 25,1% entre el 2001 y 2002. (Márquez-Calderón et al., 2011). En Latinoamérica y el caribe la tasa de cesárea es la más alta que en cualquier región del mundo (29,2%) (Pareali, Gibbons, Chacón, Ramil & Belizán, 2012). En México, un estudio que comprendió desde 1990 hasta el 2008, arrojó que de un total de 209.617 partos; 149.998 fueron por vía vaginal y 59.619 por cesárea, obteniéndose una tasa global de cesárea de 28,4%. Además se obtuvo que hacia el año 1990 la tasa de cesárea alcanzó un 17,3% y en 2008 fue de un 39,3% (Rosales & Felguérez, 2009). Mientras que en Chile la tasa de cesárea alcanza un 40%, según Pareali et al. (2012).

A nivel mundial, las tasas de cesárea no parecen responder a cambios en los factores biológicos o clínicos de las mujeres, pero sí se reconocen algunos factores como por ejemplo: la postergación de la maternidad y el aumento de las gestaciones múltiples como producto de fertilización in vitro, entre otros. También destaca la variabilidad geográfica entre hospitales, así como la influencia de factores no biológicos, como la titularidad de la clínica donde ocurre el nacimiento, ya sea pública o privada que ponen de manifiesto explicaciones relacionadas con la discrecionalidad de la práctica clínica y las propias preferencias de las mujeres (Rosales & Felguérez, 2009).

Por otro lado existe una controversia importante en la literatura acerca de si éticamente es justificable la realización de cesárea a demanda de la mujer. La Organización Mundial de la Salud (OMS), concluye que la cesárea está siendo sobreutilizada y se está medicalizando el nacimiento, por lo que recomienda que no se sobrepase de un 15% de cesáreas con motivos biológicos y clínicos de relevancia para la salud de la madre y el feto, esto quiere decir que se realice en

situaciones donde el parto por vía vaginal esté contraindicado y en situaciones de emergencia (Rosales & Felguérez, 2009).

5.2.1 Cesárea de Urgencia

Cesárea de urgencia es la que se lleva a cabo sin existir una programación previa, en donde las condiciones maternas y/o fetales durante el trabajo de parto son incompatibles con un parto por vía vaginal. Esta decisión se lleva a cabo por el médico de turno, luego de agotar todas las posibilidades de parto por la vía fisiológica. Algunas indicaciones de cesárea de urgencia son las alteraciones del registro cardiotocográfico fetal; como sufrimiento fetal, o presencia mantenida de desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal y test estresante positivo. Dentro de las causas maternas destacan dilatación estacionaria y desprendimiento de placenta normo inserta (Nápoles & Piloto, 2012).

5.3 INDICACIONES DE CESÁREA DE URGENCIA

5.3.1 Causas Maternas

Dentro de causas maternas asociadas a cesáreas de urgencia, se encuentran aquellas condiciones en la cual existe una falla en la progresión del trabajo de parto de acuerdo a las fases descritas por Friedman en el año 1972, el cual establece una curva sigmoidea para el progreso del trabajo de parto en función de la dilatación cervical, contracción uterina y del tiempo de un trabajo de parto ideal (Citado en Villavicencio, 2012).

El CEDIP (2009) establece que existen tres etapas del trabajo de parto. La primera etapa es conocida como período de dilatación y en ella se pueden identificar dos fases; la fase latente, en la cual la parturienta comienza con dinámica uterina sensible, acompañadas de cambios cervicales (cuello borrado 100% y dilatación cervical hasta tres centímetros) y la segunda fase que es conocida como fase activa del trabajo de parto, en la que se pueden identificar una fase aceleratoria, en la cual la dilatación cervical no sobrepasa los ocho centímetros y una fase de máxima pendiente en la cual la dilatación cervical fluctúa entre los ocho a diez centímetros. En esta fase del trabajo de parto es donde se produce un descenso de la presentación fetal. La segunda etapa, es conocida como período expulsivo, donde tiene lugar el nacimiento del feto y la tercera etapa se denomina período de alumbramiento, etapa que se extiende desde el nacimiento del feto, hasta la expulsión de anexos embrionarios.

5.3.1.1 Distocias de trabajo de parto. Las distocias del trabajo de parto, son condiciones en las cuales el progreso normal del trabajo (dilatación, descenso de la presentación o expulsión fetal) se aparta del ritmo normal (Nápoles 2007). Las distocias de parto se producen principalmente durante la fase activa prolongada y en la fase activa detenida por ser las alteraciones más frecuentes durante el trabajo de parto (Guerrero, 2008).

La fase activa prolongada, recibe el nombre de dilatación estacionaria porque es aquella fase del trabajo de parto en que la dilatación se caracteriza por tener una velocidad de dilatación menor de 1,5 cm/hora en multíparas y de 1,2 cm/hora en nulíparas (Rodríguez, s/f). En la mayoría de los casos, esta distocia se produce por combinación de la fase latente prolongada con detención del descenso fetal (CEDIP, 2009).

Se asocia a distocias de posición fetal, desproporción céfalo-pélvica, distocias dinámicas como hipotonía, por lo que su resolución dependerá estrictamente de la causa (Rodríguez, s/f). El CEDIP (2009), sugiere que el manejo de esta distocia, contemple como primera opción de causa a la desproporción céfalo-pélvica, una vez descartada buscar como causa secundaria la dinámica uterina y en el caso de que una hipodinamia sea la causa, indicar amniotomía y aceleración oxitócica, la que deberá tener respuesta a las tres horas de iniciada la aceleración, ya que si no hay respuesta, se deberá proceder a cesárea. Por otra parte, Rodríguez (s/f) propone que para hacer el diagnóstico de dilatación estacionaria o fase activa prolongada se debe realizar como mínimo dos tactos, separados por lo menos por una hora, encontrando interrupción de la dilatación cervical en dos o más horas coincidiendo con la recomendación del CEDIP (2009) que avala el diagnóstico a las dos horas.

El cese del descenso, también conocido como expulsivo detenido se define como la falta de progresión en el avance fetal a través del canal del parto y su diagnóstico se realiza por medio de dos tactos vaginales separados uno del otro por una hora, encontrándose la presentación fetal en el mismo plano (Rodríguez, s/f). Se debe tener en cuenta que para que se considere expulsivo detenido, no deben existir hipodinamia (CEDIP, 2009). Dentro de sus causas se describen contracciones uterinas inadecuadas, distocias de posición, desproporción céfalo-pélvica (Rodríguez, s/f), la que suele cursar con falta de descenso de la presentación. Otros autores agregan, la macrosomía fetal (alta probabilidad de retención de hombros) y la analgesia peridural (Guerrero, 2008).

Otras causas estarían relacionadas con el grado de agotamiento de madre, como consecuencia de una conducción inadecuada del trabajo de parto con prácticas como la estimulación temprana del pujo materno lo que favorece la fatiga de la mujer antes del período expulsivo (Rodríguez, s/f)/ (Guerrero, 2008), lo que en su defecto, provoca instrumentalización del parto para la extracción fetal. En caso de ser necesario el uso del fórceps, este requiere ser manipulado por un profesional experto, ya que se necesita conocer con exactitud el grado de descenso de la presentación fetal y no confundir ésta con caput succedaneum, provocada por el tiempo de la cabeza fetal en el canal vaginal y con membranas rotas.

Las vías de resolución del parto, para mujeres que cursan con el diagnóstico de expulsivo detenido son limitadas. Hay autores que sugieren la cesárea para evitar la asfixia y depresión neonatal y el trauma obstétrico fetal y materno (CEDIP, 2009), mientras que otros autores sugieren el uso del fórceps como una conducta rápida frente al problema. Pero existen estudios que asocian el uso de fórceps, con morbilidad materna, como por ejemplo, desgarros vaginales y perineales, dolor e incontinencia urinaria y rectal, mientras que las consecuencias fetales pueden ser momentáneas, como deformaciones plásticas de la cabeza fetal o severas como hemorragia intraventricular (Hernández-Hernández et al., 2012).

5.3.1.2 Desproporción céfalo-pélvica. La Desproporción céfalo-pélvica (DCP) es el diagnóstico clínico disfuncional de una falla del descenso de la presentación fetal debido a una discordancia entre los diámetros de la pelvis materna y los diámetros de la cabeza fetal (Cunningham et al., 2009).

Durante la fase activa del trabajo de parto, pueden producirse distocias relacionadas con el progreso del descenso fetal. Según Aller & Pagés (s/f), existen cinco variables que interactúan entre sí, como el tamaño de la pelvis ósea, el tamaño de la cabeza fetal, fuerza de contractibilidad uterina adecuada, presentación y posición fetal, y moldeabilidad de la cabeza fetal. De estas variables que se describen, la que tiene mayor incidencia en la DCP, es la pelvis materna, ya que según la clasificación de pelvis más aceptada, descrita por Caldwell & Moloy en 1933 (citado en Aller y Pagés, s/f) que condicionaría un pronóstico favorable para un parto vaginal es la pelvis ginecoide, que posee un diámetro antero-posterior (9,5 cm) muy parecido al diámetro transversal (11 cm).

Por otro lado, Castelazo & Perdomo (2010) afirman que los factores fetales, juegan un papel más importante, ya que las dimensiones de la cabeza fetal, sumado a su actitud y variedad de posición, por sí solos pueden crear una distocia e impedir el progreso fisiológico del parto, provocando DCP en presencia de armonía dimensional entre la cabeza y la pelvis, por un defecto de flexión o una desarmonía por exceso de dimensiones cefálicas y no por pelvis inadecuada. El diagnóstico de DCP es una indicación inminente de cesárea, la cual idealmente debiera ser programada con anticipación si es que se conoce el diagnóstico previamente, sin embargo existen situaciones en que no hay un diagnóstico previo y se debe realizar el procedimiento de urgencia por complicaciones derivadas de la DCP durante el trabajo de parto (Nápoles, 2007). Es por ello que la valoración clínica para estas usuarias, debe ser enfocada a encontrar signos que orienten el diagnóstico; como el examen abdominal, por medio de la palpación de partes fetales sugerentes de macrosomía fetal, rebalse suprapúbico de la cabeza fetal. En relación al tacto vaginal, CEDIP (2009) sugiere este método para evaluar si la cabeza fetal se encuentra o no apoyada al cuello posterior a la amniotomía y para evaluar el grado de edema del cérvix. López et al. (2012) sugieren que el tacto vaginal durante el trabajo de parto, ayuda a valorar el moldeamiento cefálico del feto, ante la sospecha de DCP.

Otros signos sugerentes de DCP, son las desaceleraciones precoces, pujos maternos antes de la dilatación completa y Prueba de Hillis-Müller negativa o reversa, la que se realiza por medio de un tacto vaginal, incitando al pujo materno al momento de mayor intensidad de la contracción uterina y ejerciendo presión sobre el fondo uterino, para evaluar el grado de descenso de la cabeza fetal en el canal vaginal (CEDIP, 2009). Uno de los métodos utilizados en la práctica clínica, para casos de sospecha de DCP, es la prueba de trabajo de parto (PTP), la cual tiene por objetivo evaluar el grado de descenso fetal. Para esto, la parturienta debe cumplir con ciertos requisitos: Encontrarse en fase activa del trabajo de parto, amniotomía realizada, dinámica uterina tres a cinco contracciones en diez minutos, dilatación cervical mayor a cuatro centímetros, analgesia peridural y vitalidad fetal intraparto normal (CEDIP, 2009). Esta prueba se considera fracasada cuando se produce ausencia de progreso de la dilatación cervical durante tres a cuatro horas, donde se observa de forma estricta por al menos dos horas de buena dinámica uterina, o bien, “detención del descenso en dos horas de observación con una al menos de buena dinámica uterina” (Nápoles, 2007).

Sin embargo Castelazo & Perdomo (2010), no reconocen un tiempo establecido como máximo para evaluar la eficacia de la prueba de trabajo de parto, postulando que la prueba de trabajo de parto evaluará la progresión fetal en el parto “durante un tiempo necesario, para convencernos de

que el feto no progresara más de un tiempo razonable y sin aumentar sus riesgos”. En base a la bibliografía consultada y para efectos de esta tesis, el concepto de prueba de trabajo de parto fracasada será la utilizada por Nápoles (2007).

5.3.1.3 Inducción del trabajo de parto. La inducción del parto es un procedimiento en el cual se desea acortar la fase latente del trabajo de parto y desencadenar la fase activa de éste (CEDIP, 2009). El objetivo es iniciar contracciones uterinas y mantenerlas con el fin de modificar el cuello uterino, produciéndose el nacimiento del feto por vía vaginal (Díaz, 2011). Solo debe realizarse frente a situaciones específicas o patologías de la gestación, en la cual se busca desencadenar el parto. Se recomienda que este procedimiento no sea rutinario, ya que existe alta probabilidad de cesárea por inducción fracasada del trabajo de parto (CEDIP, 2009).

En el 2012, The American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG), estableció las principales causas por las cuales se realizaba la inducción, destacando problemas de salud maternos, como diabetes, cardiopatías, nefropatías y problemas relacionados a la gestación como abrupción placentaria, oligohidroamnios, embarazos en vías de prolongación y embarazos prolongados, rotura prematura de membranas (RPM) con sintomatología de corioamnionitis, síndrome hipertensivo del embarazo como preeclampsia y eclampsia, y en caso de muerte fetal. A su vez establece que no se recomienda la inducción del parto en donde éste se hace inseguro como es el caso de placenta previa, vasa previa, prolapso de cordón umbilical e infección activa por herpes virus tipo II.

Para realizar la inducción del parto, el profesional debe confirmar el grado de madurez cervical, por medio del test de Bishop (1964), que valora de forma sistemática las condiciones cervicales; forma, posición, consistencia, ampliación del conducto endocervical y altura de la presentación en la pelvis, a través de un tacto vaginal, otorgándole una puntuación que va desde cero a tres puntos por cada característica (González-Boubeta & Cid-González, 2007). Según este método se determinó que cuando la puntuación total es mayor a nueve, existía mayor probabilidad de parto vaginal una vez realizada la inducción (Sánchez-Ramos, 2005). Por otro lado, la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (citada en Gonzáles y Cid, 2007) establece que si se obtiene un Bishop mayor a siete puntos, existe un 95% de posibilidad de parto vaginal y que puntuaciones menores a seis requieren de maduración cervical previa a la inducción.

La maduración cervical se puede realizar de distintas maneras, pueden usarse métodos farmacológicos como las prostaglandinas (PG), principalmente la PGE₂, conocido como misoprostol, el cual produce cambios en el tejido conectivo del cuello cervical, como disolución de los haces de colágeno y aumento del contenido hídrico de la submucosa (Barranco et al., 2011), o bien métodos no farmacológicos como la amniotomía, la cual produce mayor liberación de PG endógenas a nivel de la decidua, favorece al descenso de la presentación fetal el cual produciría estimulación en el cuello cervical por medio del reflejo de Ferguson, aumentando a su vez la liberación de oxitocina endógena, y la maniobra de Hamilton, el que consiste en introducir un dedo en orificio cervical interno con un movimiento de 360° para despegar el polo inferior de la bolsa, consiguiendo así la liberación de prostaglandinas (Gonzáles y Cid, 2007).

Para inducir un trabajo de parto se utiliza la administración de Oxitocina por vía endovenosa, la que tiene como objetivo conseguir dinámica uterina útil para trabajo de parto, manteniendo siempre la precaución de no producir aumento excesivo del tono uterino (Barranco et al., 2011). Ésta debe ser administrada a través de bomba de infusión continua (BIC) para regular la velocidad de administración de forma precisa (Sánchez-Ramos, 2005) y evitar efectos adversos asociados al fármaco, como la rotura uterina o distocias funcionales de la contracción (Barranco et al., 2011). Se estima que un 15% de las inducciones tienen un fracaso relacionado con condiciones del cuello desfavorables, mientras que el CEDIP (2009), relaciona el fracaso de la inducción con DCP o distocias en el progreso del trabajo de parto. Barranco et al (2011), propone que se considera inducción fracasada cuando “después de doce horas de inducción, con dinámica uterina adecuada de trabajo de parto, la mujer, no logra alcanzar la fase activa del parto”, mientras que Díaz (2011) considera inducción fracasada al fallo del trabajo de parto después de un ciclo de tratamiento, es decir cada seis horas en veinticuatro horas.

5.3.1.4. Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo-inserta. El Desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta (DPPNI), es la separación de la placenta (no inserta en el orificio cervical interno) de su inserción decidual entre la semana 20 del embarazo y el periodo de alumbramiento. La etiología es desconocida, pudiendo ser multifactorial, destacando algunas asociaciones con Síndrome Hipertensivo del embarazo (50%), edad materna sobre los 35 años, multiparidad (mayor probabilidad en grandes múltiparas, antecedentes de DPPNI, cicatriz uterina de intervención cesárea, embarazo múltiple, restricción de crecimiento intrauterino, consumo de sustancias nocivas como tabaco o cocaína, traumatismos violentos como accidentes de tránsito y maniobras invasivas como versión externa o cordocentesis (Gómez y Larragaña, 2009). El diagnóstico del DPPNI es clínico y su conducta requiere de una resolución urgente de la gestación, ya que compromete el estado hemodinámico de la madre y la vitalidad fetal. Gómez y Larragaña (2009), sugieren que los mejores resultados perinatales se han descrito en partos tipo cesárea y que el parto vaginal solo se realizará cuando exista buen estado general de la madre, cardiocotografía feta normal y contracciones uterinas sin estado tetánico.

5.3.2 Causas Fetales

Para efecto de esta tesis se revisarán las condiciones fetales por las cuales es más común resolver el parto por vía alta. Considerando que la razón principal para tomar esta decisión es que se encuentra en riesgo la vida del feto, y no es posible esperar a que se desencadene el parto por vía vaginal.

5.3.2.1 Sufrimiento Fetal Agudo El sufrimiento fetal es un concepto que comprende alteraciones en la funcionalidad fetal, que se interpretan como indicadores de amenaza para la vida del feto. Se desencadena cuando disminuye la oxigenación a los tejidos fetales, como una consecuencia de anoxia uterina. En este caso para el Sufrimiento Fetal Agudo (SFA), esta condición se da en forma repentina, en un lapso de tiempo corto. A pesar que el feto se resiste a esta condición, cuanto mayor edad gestacional posea, menor será su resistencia a la anoxia. (Castelazo, 2009). Según Licon (2009), en un estudio realizado en el Hospital de Santa Bárbara, Honduras, la causa primordial e ineludible que justifica una cesárea es el SFA. Sin embargo los resultados del estudio indican que es la segunda causa más frecuente de cesárea con un 29% después de la

Desproporción Céfalo-Pélvica (51%). Por otro lado, en una investigación realizada en el Hospital Docente Gineco-Obstétrico "Justo Legón Padilla" de Pinar del Río durante los años 2002 a 2003, se obtuvo como principal causa de cesárea el SFA con una incidencia de 45,66%, mientras que la Desproporción Céfalo-Pélvica (DCP) se dió en un 26,08% de las cesáreas. (Peña, Hernández & González, 2006).

Varas, Gayán & Demetrio (2009) agregan al protocolo de indicación de cesárea del Hospital Santiago Oriente, que Sufrimiento Fetal agudo es una condición que determina el término de la gestación por vía alta, sólo si las condiciones obstétricas son desfavorables para parto vaginal. Castelazo (2009), describe que en presencia de sufrimiento fetal agudo se debe extraer el producto de la concepción lo antes posible, entendiéndose como sufrimiento la presencia de bradicardia, arritmia y alteraciones de la intensidad del tono cardíaco y no así la taquicardia ni la expulsión de meconio por sí solas. Además concuerda con Varas, Gayán & Demetrio (2009), en que la extracción por vía alta se realizará en el caso que la presentación fetal se encuentre alta, en presentaciones encajadas con escaso descenso ó cuando hay mayor descenso con un cérvix no borrado.

5.3.2.2. Distocia de presentación. La Distocia de Presentación se define como una presentación anómala del feto para enfrentar el trabajo de parto en vértice (eutócico), la cual tiene una ocurrencia entre 10% y 11,4% en nulíparas y menor en multíparas, que hace que el trabajo de parto sea dificultoso para el binomio madre-hijo/a y con riesgo perinatal (Mejía, 2000) (Pavón, Gogeochea, Ramírez & Landa, 2002), siendo 5,5 veces mayor la mortalidad perinatal en las presentaciones podálicas. Las distocias de presentación ocuparon el cuarto lugar como causa de cesáreas, con un 7,56% de las cesáreas de una revisión sistemática publicada por la Revista Sociedad Boliviana de pediatría (Mejía, 2000).

Dentro de las distocias de presentación, la presentación podálica o de nalgas es la más común, en este caso es posible el parto por vía vaginal, pero para el/la niño/a, es más beneficiosa la operación cesárea, ya que ha reducido la morbilidad perinatal en cuanto a la presentación podálica, no así para la madre debido a que aumenta la morbilidad (Hofmeyr & Hannah, 2003). La presentación transversa o de hombro y la presentación oblicua, tienen una frecuencia de 0,5% a 1% de los partos, y no es posible la expulsión del feto por vía vaginal. La presentación de cara se presenta en el 0,2% de los partos, y la resolución del parto por vía vaginal solo es posible si el mentón, que en este caso es el punto de reparo para el diagnóstico de posición, rota hacia el sacro. (Mejía, 2000)/ (Barber, et al, 2006). También pueden darse presentaciones de frente y bregma. Estos partos deben enfrentarse como partos con extrema dificultad por lo que deben llevarse a cabo bajo vigilancia estricta de los/as profesionales de la unidad en caso de cualquier eventualidad y de ser comprometido el bienestar fetal y/o materno, recurrir a una cesárea. (Barber, et al, 2006).

5.3.2.3. Distocia de posición. Se refiere a las posiciones anormales que adopta la cabeza fetal frente al canal del parto, distinguiéndose las distocias posteriores y las transversas, en donde el punto de reparo o lambda se orienta en posterior ocupando los diámetros oblicuos de la pelvis o se orienta en posición transversa ocupando los diámetros transversos de la pelvis, respectivamente. En ambas situaciones la progresión del trabajo de parto y el descenso de la presentación fetal son más dificultosos y lentos, siendo estos signos los que hagan sospechar de la

anomalía de posición, complementado con tacto vaginal realizado por un profesional con experiencia (Aller & Pagés, s/f). Muñoz & Molina (2009), difieren de esta recomendación para el diagnóstico, aunque no la descartan, y recomiendan la ecografía como un método más confiable. También describen que al inicio del trabajo de parto las distocias de posición posteriores tienen una incidencia de un 15% a un 40%, pero que la mayor parte de estas se resuelven de forma espontánea a medida que transcurre el trabajo de parto, persistiendo sólo un 1,8 a 6%, las cuales estarían relacionadas con la nuliparidad, anomalías de pelvis materna, tamaño fetal, entre otras.

La recomendación principal, consiste en intentar la rotación manual del polo cefálico y si no es posible la rotación instrumental y como último caso la operación cesárea. (Aller & Pagés, s/f). Muñoz & Molina (2009) y Lapuente (2012) proponen métodos no invasivos como reposicionar a la madre en decúbito lateral o posición de Sims y la acomodación del feto in útero para resolver la distocia, y no utilizar la rotación manual, instrumental ni cesárea.

5.3.2.4 Restricción de crecimiento intrauterino. La Restricción de Crecimiento Intrauterino (RCIU) se define como la condición en la que el feto se encuentra bajo el percentil 10 para su edad gestacional, el que se mide a través de ecografía abdominal y es posible tener una apreciación de ella a través de la medición de la altura uterina. Sin embargo el 70%-80% de ellos corresponden a fetos constitucionalmente pequeños y no constituye una patología. Las restricciones patológicas se dan entre un 3% y 10% de los embarazos aumentando la morbimortalidad perinatal y neonatal. La RCIU se asocia a fetos de embarazadas adolescentes debido a una alteración en la adaptación del sistema circulatorio al embarazo, aunque una investigación publicada en la Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina, en el 2006 señala que la RCIU no mostró diferencias entre las adolescentes y un grupo control no adolescente (Nolazko & Rodríguez, 2006). También se asocia a patologías maternas como hipertensión arterial, preeclampsia y diabetes pregestacional, debido a que todas estas condiciones alteran el flujo utero-placentario por daño endotelial. Es por ello que esta condición fetal es una de las causas de nacimientos de pretérmino por cesárea, ya que el medio intrauterino no le proporciona la nutrición y oxigenación suficiente al feto para su crecimiento, pudiendo provocar severos daños, incluso la muerte (Donoso & Oyarzún, 2012). En aquellos mayores de 32 semanas con detención del crecimiento y compromiso de la unidad feto-placentaria, se debe asegurar la maduración pulmonar fetal previa a la interrupción de la gestación. La cesárea es indiscutible en los casos de oligoamnios absoluto y un perfil biofísico menor a 6/10 (Donoso & Oyarzún, 2012).

5.4 CARACTERÍSTICAS BIOSOCIODEMOGRÁFICAS

Las características biosociodemográficas son propiedades detectables en un individuo o en un grupo de individuos que asociados, van a determinar el estado de salud de éste (Zamudio, 2007), y van a actuar como factores de riesgo en las determinantes en salud, las cuales son definidas por Frenz (s/f) como aquellas condiciones sociales en las que viven las personas y que generan un impacto sobre la salud de estas.

5.4.1 Características biológicas

Es el motivo, o explicación de ocurrencia de otro fenómeno biológico. Son todas aquellas variables propias de la biología o que se relacionan con ella (Pérez, 2007). Algunas de ellas que eran utilizadas en esta investigación son: patologías maternas pre existentes y del embarazo actual, talla, estado nutricional previo al embarazo y en el último control prenatal.

Según la Real Academia Española (RAE, s/f), el término de Patología hace referencia al conjunto de síntomas de una enfermedad. Define también como talla, a la estatura de la persona y al estado nutricional como el diagnóstico que se hace en base a la relación que existe entre el peso y la talla de las personas (RAE, s/f)

Características Biológicas		
Característica	Definición	Categorías
Patologías maternas pre existentes.	Enfermedad o dolencia que padece una persona en un momento.	Diabetes, hipertensión crónica, patología tiroidea, patología psiquiátrica, otras enfermedades.
Paridad	Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 20 semanas de gestación. (Academic, 2013)	Primigesta precoz (< de 15 años), primigesta, múltipara, multigesta nulípara, gran múltipara (> o = a 5)
Edad gestacional al parto.	Término utilizado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está la gestación (ADAM, 2013)	Menor de 36 + 6, 37 a 40, mayor o = a 40 + 1.
Talla materna.	Estatura de una mujer previa al embarazo. (ADAM, 2013)	Menor o igual a 1,46 cm; Mayor a 1,46 cm. Guzmán, García y Liu (2001)
Estado nutricional previo al embarazo.	Condición física que presenta una mujer, como resultado del balance entre sus necesidades e ingesta de energía y nutrientes previo al embarazo. (FAO, 2013)	Enflaquecida, normopeso, sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida
Número de kilogramos aumentados en el embarazo.		Desde 1 kilo a más kilos

Causas de cesáreas de urgencia.	Razón o motivo por el cual se decide por criterio medico la realización de la cesárea.	Síndrome Hipertensivo del Embarazo, accidentes del parto como procidencia de extremidad, procidencia de cordón, prolapso de cordón y rotura uterina; alteraciones del líquido amniótico: polihidroamnios y oligoamnios; Rotura prematura de membranas mayor a 12 horas; metrorragias del tercer trimestre: desprendimiento de placenta normoinserta y placenta previa; Sufrimiento fetal agudo, restricción de crecimiento intrauterino; otras causas: desproporción céfalo-pélvica, dilatación estacionaria, prueba de trabajo de parto fracasada, expulsivo detenido, distocia de posición y distocia de presentación, entre otras.
Analgesia	Eliminación de la sensación de dolor mediante el bloqueo artificial de las vías de transmisión del mismo y/o de los mediadores dolorosos, o por desconexión de los centros del dolor. (ADAM, 2013)	Sedoanalgesia, Peridural, Raquídea y General.
Complicaciones del procedimiento quirúrgico.	Situaciones no deseadas ocurridas durante la administración de la analgesia, durante el procedimiento, y en el post operatorio.	Administración de analgesia, procedimiento quirúrgico, complicaciones del post operatorio, ninguna complicación.

Tabla 1. **Variables biológicas en estudio, periodo septiembre-octubre, 2013.** Norma técnica sobre estándares de información de salud, Departamento de estadísticas e información en salud (DEIS), (2011).

5.4.2 Características sociales

Son aquellas que varían o están sujetas a algún cambio dentro de una sociedad. Es un símbolo que permite identificar un elemento no especificado dentro de un determinado grupo. Esta variable puede otorgar un sentido de pertenencia ya que implica algo que se comparte a nivel comunitario. Algunas de ellas son: escolaridad, estado civil y previsión social (propuesta de trabajo social, 2012).

Según la RAE (s/f) la escolaridad es el periodo de tiempo que dura la estancia de una persona en un colegio para estudiar y recibir enseñanza adecuada. Al estado Civil lo define como la condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles sobre todo en lo que hace relación a su condición de: soltería, unión estable, matrimonio, viudez etc. (RAE, s/f), mientras que para la palabra previsión, hace referencia principalmente a un campo de bienestar social relacionado con la protección social o cobertura de las necesidades socialmente reconocidas, como salud, vejez o discapacidades (RAE, s/f).

Características Sociales		
Característica	Definición	Categorías
Estado civil.	Calidad de un individuo, en cuanto lo habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones civiles. Manuel Somarriva lo define como la situación de un individuo en la sociedad, que deriva principalmente de sus relaciones de familia, y que lo habilita para ejercer derechos y contraer obligaciones civiles. (Artículo 304, código civil)	Casada, Separada de hecho o divorciada, soltera (con o sin hijos), unión estable (convivencia), viuda, pareja inestable, pareja estable (sin convivencia)
Previsión de salud.	Es el conjunto de prestaciones en beneficio de los trabajadores y de sus familiares o beneficiarios, que tiene por objeto satisfacer económicamente sus necesidades. (Subsecretaría de previsión social, 2013)	Grupo A, B, C, D, ISAPRE,.
Grado de instrucción.	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	No lee y escribe, básica incompleta, básica completa, media incompleta, media completa, superior incompleta, superior completa.

Tabla 2. **Variables sociales en estudio, periodo septiembre-octubre, 2013.** Norma técnica sobre estándares de información de salud, Departamento de estadísticas e información en salud (DEIS), (2011).

5.4.3 Características demográficas

Las características demográficas son aquellas que se relacionan con la estructura de una determinada población en función de cuantos son y cómo se distribuyen en relación a de estas, tales como el sexo de los habitantes, edad, residencia entre otros. Analiza también eventos asociados a crecimiento y disminución de población como la natalidad y la mortalidad (Valero, s/f).

Características Demográficas		
Característica	Definición	Categorías
Edad:	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. (ADAM, 2013)	Menor o igual a 14 años, 15-19, 20-34, 25-44, 45-54. MINSAL (2009)
Procedencia:	Lugar de donde proviene la usuaria.	Urbana, rural, ruralidad extrema.

Tabla 3. **Variables demográficas en estudio, periodo septiembre-octubre, 2013.** Norma técnica sobre estándares de información de salud, Departamento de estadísticas e información en salud (DEIS), (2011).

6. ROL DE LA MATRONA O MATRÓN

Dentro de todas las condiciones y/o patologías descritas anteriormente, la matrona o el matrón tienen un rol fundamental en cada una de ellas, basándose en el derecho de los/as usuarios/as a recibir una atención de calidad, personalizada y por un profesional capacitado (CEDIP, 2009), o sea, a ser tratados/as con respeto, empatía, manteniendo el resguardo de confidencialidad de sus antecedentes y condición de salud, derecho a recibir la información completa y acorde a su nivel de instrucción, resolver sus dudas y hacerlos/as partícipes y decidir informadamente sobre su propia salud, siempre y cuando no ponga en riesgo su vida y/o la de su hijo/a (Ministerio de Salud, 2008). La matrona y el matrón deben desempeñar su rol en cuanto a la prevención de las cesáreas de urgencias ya sea en atención primaria, secundaria y terciaria a través de la búsqueda de características o factores presentes en las mujeres que hagan que se eleve el riesgo de cesárea de urgencia (CEDIP, 2009/MINSAL, 2008).

En atención primaria el/la profesional debe promover los controles pre-concepcionales, que se incorporaron al programa de salud de la mujer desde 1997, y realizarlos de la manera más completa posible, esto quiere decir que se soliciten los exámenes correspondientes para descartar patologías, ofrecer tratamientos tales como el hierro en el caso de presentar algún grado de anemia para que se resuelva la afectación de salud antes de iniciar un embarazo, aumentar las reservas de ácido fólico para un buen desarrollo neurológico embrionario, además realizar una evaluación del estado general de la mujer para identificar necesidades de evaluación por otros profesionales, realizar las derivaciones correspondientes, ya sea a nutricionista, psicólogo, asistente social, evaluación médica, entre otros que se consideren necesarios para una valoración más completa y tratar alteraciones (CEDIP, 2009/MINSAL, 2008). Una vez que la mujer se encuentre embarazada, se le debe ingresar precozmente a control prenatal, calcular con la mayor exactitud la edad gestacional y fecha probable de concepción basándose en la fecha de última regla de las usuarias, la aparición de los signos de probabilidad y una ecografía obstétrica precoz, para disminuir el margen de error y así evitar falsos embarazos prolongados y falsos partos prematuros.

Los controles prenatales se deben realizar de forma integral, sistemática y periódica con enfoque biopsicosocial, incorporando a la pareja o persona significativa reconocida por la gestante (MINSAL, 2008/2013). Estos tienen como objetivo controlar la evolución de la gestación, con énfasis en el examen obstétrico, fomentar estilos de vida saludable, prevenir complicaciones en la salud materna - fetal, asociados a patologías como por ejemplo, las infecciones del tracto urinario, infecciones vaginales, infecciones de transmisión sexual, alteraciones de la presión arterial y estados de hiperglicemia entre otras, con el fin de prevenir y pesquisar síntomas de aborto, síntomas de parto prematuro, rotura prematura de membranas, infecciones neonatales por contagio vertical, síndromes hipertensivos del embarazo, entre otras y otorgar los tratamientos oportunos (MINSAL, 2008).

La matrona o matrn de nivel secundario de atencin tiene como rol apoyar a la mujer en el mbito emocional y educarla, en cuanto a la/s patologas que este cursando, con el fin de minimizar los riesgos de morbimortalidad del binomio (MINSAL, 2008).

La matrona o matrn de nivel terciario debe asegurarse de realizar una anamnesis adecuada dirigida a los factores de riesgo de las usuarias, para que el/la profesional que conduzca su trabajo de parto pueda tener todos los antecedentes necesarios para realizar un plan de atencin personalizado acorde a las necesidades de la usuaria y su feto, el cual debe incluir la evaluacin de la unidad feto-placentaria con una periodicidad dada por los riesgos que pueda presentar, una vigilancia estricta de signos vitales y una conduccin de trabajo de parto con enfoque humanizado, evitar intervenciones innecesarias como la instalacin de va venosa en ausencia de riesgo y el uso indiscriminado de oxicicos en trabajos de parto ya desencadenados. Se debe acompaar y apoyar a la usuaria en el proceso, colaborar en el manejo del dolor no farmacolgico, incluyendo a la pareja o persona significativa si la usuaria lo desea, mantener el flujo de informacin con la usuaria y su familia, ofrecer los diversos tipos de analgesia, adecuada informacin en cuanto a los tiempos en los que se pueden administrar ya que algunos autores, sugieren que en el periodo final de dilatacin y expulsivo no debiera utilizarse analgesia epidural ya que interferira en el proceso del nacimiento. Todas estas acciones, nos ayudan a disminuir las primeras cesreas, ya que es una condicin no modificable y que nos conduce a repetir el acto quirrgico en embarazos posteriores (MINSAL, 2008).

La matrona o matrn debe ser capaz de identificar situaciones que puedan hacer que la usuaria finalice su gestacin en un parto quirrgico, como lo es un trabajo de parto prolongado, la fatiga de la usuaria, condicin fetal insatisfactoria, entre otras, para lo cual el/ la profesional debe planificar actividades enfocadas al descanso de la usuaria, posicionarla en decbito lateral izquierdo para mejorar el flujo tero-placentario (en su mayora, pero hay casos en que no es la posicin ms adecuada), utilizar maniobras que ayuden a la rotacin de la cabeza fetal a travs del tacto, adecuar posiciones como la posicin de Sims para favorecer la rotacin de la cabeza y favorecer el descenso (MINSAL, 2008).

Las actividades que se pueden realizar para apoyar a las mujeres a desencadenar un parto fisiolgico y evitar la instrumentalizacin del mismo son variadas, lo cual es posible, si se dedica el tiempo y se elabora un plan especfico para cada usuaria y situacin, y no slo cumplir con un protocolo estandarizado, ya que cada trabajo de parto, cada mujer, cada feto tienen caractersticas diferentes haciendo que el proceso sea personalizado (MINSAL, 2008).

7. MARCO METODOLÓGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo de tipo transversal-descriptivo, no experimental.

Se seleccionó el tipo de metodología cuantitativa, debido a que se recolectaron y analizaron datos de variables ya cuantificadas, para determinar la asociación entre éstas, y así establecer la cuantía con la que se presentaron las características en estudio, en un tiempo y población determinada.

Fue un estudio de tipo transversal ya que estudió las variables en un determinado momento y no la evolución de éstas en el tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Descriptivo ya que determino la presencia o ausencia de las variables en la población, estableciendo diferencias entre los grupos y/o la asociación entre variables (Pineda y Alvarado, 2008). En este estudio estas cualidades fueron de vital importancia, ya que permitieron a los investigadores determinar las características de la población femenina que las pudiese haber predispuesto a hacer intervenidas por cesárea de urgencia. Por último, se definió como no experimental, ya que no se manipularon las variables durante el proceso, si no que se recolectaron e identificaron los datos pre-existentes para su posterior análisis, y las inferencias entre las variables se realizaron sin intervención alguna (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

7.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO

La población en estudio estuvo conformada por aquellas mujeres usuarias del Hospital Clínico Regional de Valdivia que fueron intervenidas a cesáreas de urgencia en el período comprendido desde el 4 Septiembre y 31 de Octubre del año 2013 y que aceptaron ser parte del estudio por medio de la firma del consentimiento de autorización (Anexo 3), el que fue aplicado durante puerperio mediato de las usuarias.

Durante el periodo descrito anteriormente, se registraron 436 partos en el establecimiento de salud, de los cuales 38,9% del total de partos registrados durante el periodo fueron por vía alta (170). Del total de partos quirúrgicos, el 59,4% corresponden a cesáreas de urgencia (101), de las cuales 10 se realizaron a través de bono PAD, excluyéndose de la recolección de datos, y un 40,6% (69) fueron cesáreas electivas. De acuerdo a lo anteriormente planteado, un 23,2% del total de los partos del periodo, correspondieron a cesáreas de urgencia. A las 91 mujeres intervenidas por cesáreas de urgencia que cursaron su hospitalización en la Unidad de Puerperio del HCRV, se les solicito la firma del consentimiento informado para

participar del estudio, de las cuales un 97,8% (89) de ellas aceptó la revisión de sus registros clínicos para esta investigación.

Se realizó un censo de la población a través de la revisión de libro de partos, Sistema informático perinatal y fichas clínicas de todas las mujeres que fueron intervenidas por vía alta de forma urgente durante el periodo seleccionado, que se encontraron hospitalizadas en la unidad de Puerperio del Hospital Clínico Regional de Valdivia, y que aceptaron el uso de sus registros. Esto debido a que las variables del estudio provinieron de una población pequeña (89 usuarias), lo que permitió estudiarla de forma completa, otorgando resultados reales en la relación de las variables sin influencia del azar, al momento de identificar las causas que condicionarán la resolución urgente de la gestación por vía alta.

7.2.1 Criterios de inclusión

Mujeres usuarias del Hospital Clínico Regional de Valdivia que hayan sido intervenidas por cesárea de urgencia en el periodo comprendido entre el 4 de Septiembre al 31 de Octubre del año 2013.

Mujeres que además hayan aceptado el uso de sus registros clínicos, para este estudio.

Mujeres que hayan cursando su hospitalización en la Unidad de Puerperio de dicho establecimiento de Salud y que cumplan con los criterios anteriormente descritos.

7.2.2 Criterios de Exclusión

Mujeres usuarias del HCRV con resolución de la gestación por vía vaginal, incluyendo partos de vértice y fórceps, partos espontáneos e inducidos durante el periodo anteriormente descrito.

Mujeres que fueron intervenidas por cesárea electiva.

Mujeres que hayan rechazado el uso de sus registros clínicos para este estudio.

Mujeres intervenidas por cesárea de urgencia través de bono PAD (Pago Asociado a un Diagnóstico), debido a que cursan su periodo de puerperio en instalaciones pensionadas del establecimiento de Salud.

7.3 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos utilizada fue la revisión de fuentes secundarias de información tales como el Sistema Informático Perinatal (S.I.P), Libro de registro de partos del Hospital Clínico Regional de Valdivia y Fichas clínicas de las usuarias intervenidas por cesárea de urgencia entre el 4 de Septiembre al 31 de Octubre del año 2013.

Como instrumento de recolección de la información se utilizó un formulario compuesto de tres partes (Ítem). El primer Ítem hacía relación a los antecedentes biológicos de las mujeres intervenidas por cesárea de urgencia. El segundo ítem aludía a los antecedentes sociales y el tercer ítem, recolectó los antecedentes demográficos de las mujeres intervenidas por cesárea de urgencia del HCRV, durante el periodo anteriormente descrito (Anexo 1).

7.4 CRITERIOS DE RIGOR

7.4.1 Confiabilidad

Ningún instrumento puede ser considerado de valor hasta que se compruebe su real consistencia y se determine si es lo suficientemente confiable para ser aplicado. Estos instrumentos deben medir características que sean relativamente estables y que sean las variables que se desean conocer. Para ello se realizó una prueba de formularios a 10 casos (usuarias), previa firma de un consentimiento de autorización (Anexo 4) y así establecer si el formulario contemplaba las variables necesarias para el desarrollo de la investigación.

Tras la aplicación de 10 formularios de prueba de recolección de datos, se identificó mayor número de diagnósticos médico obstétricos, mayor diversidad de analgesias y de estados conyugales de los que se habían contemplado previo a su aplicación, por lo que se debió realizar modificaciones para que responda a todas las variables que se deseaban estudiar.

7.4.2 Validez

La validez se refiere a la capacidad de una prueba para medir lo que está diseñado para medir. Una prueba puede tener varios tipos de validez dependiendo de los propósitos para los que fue diseñada. El que la prueba sea válida tiene mayor significancia que el que sea confiable, ya que una prueba puede ser confiable sin estar validada, pero nunca puede ser válida sin ser confiable (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), para ellos los datos fueron obtenidos desde un registro informático perinatal validado a nivel nacional por el Servicio de Salud.

En esta investigación la validez de los instrumentos fue dada por expertos que participaron como patrocinante y co-patrocinante del estudio, quienes se desempeñan en el área de la Obstetricia y Puericultura y en Epidemiología en salud pública respectivamente.

La validación del instrumento se realizó durante la última semana de agosto y primera semana de septiembre del año 2013, en conjunto con los expertos mencionados anteriormente, surgiendo algunas modificaciones como: establecer rangos de talla, edad y procedencia materna, y edad gestacional al parto, que tengan relevancia obstétrica y que sean sustentado bibliográficamente. Además se modificó el estado civil por el estado conyugal debido a que la mayoría de las usuarias se encontraban en estado de convivencia, el que no es reconocido legalmente. Por otro lado, se retiró del instrumento la variable asociada a la asistencia a talleres del programa Chile Crece Contigo debido a que no se relaciona directamente con los objetivos planteados.

7.5 VARIABLES.

7.5.1 Biológicas

Dentro de las variables biológicas se incluyeron las patologías maternas pre-existentes: Diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2, hipertensión crónica, patología tiroidea (hipotiroidismo), patología psiquiátrica, entre otras. También se incluyeron las variables: paridad, edad gestacional al parto, talla materna, estado nutricional previo al embarazo: enflaquecida, normopeso, sobrepeso, obesidad y obesidad Mórbida, estado nutricional al último control prenatal; número de kilogramos aumentados en el embarazo; causas de cesáreas de urgencia tales como: Síndrome Hipertensivo

del Embarazo, accidentes del parto como procidencia de extremidad, procidencia de cordón, prolapso de cordón y rotura uterina; alteraciones del líquido amniótico: polihidroamnios y oligoamnios; Rotura prematura de membranas mayor a 12 horas; metrorragias del tercer trimestre: desprendimiento de placenta normoinserta y placenta previa; Sufrimiento fetal agudo, restricción de crecimiento intrauterino; otras causas: desproporción céfalo-pélvica, dilatación estacionaria, prueba de trabajo de parto fracasada, expulsivo detenido, distocia de posición y distocia de presentación; analgesia: sedoanalgesia, peridural, raquídea y general.

7.5.2 Sociales

Como variable del tipo social se incluyo al estado conyugal: casada, separada de hecho o divorciada, soltera con o sin hijos, unión estable (convivencia), viuda, pareja inestable y pareja estable sin convivencia; la previsión de salud: sin previsión, fonasa (grupo A, B, C, D) o dipreca; y grado de instrucción: no lee ni escribe, básica incompleta, básica completa, media incompleta, media completa, superior incompleta, superior completa.

7.5.3 Demográficas

Dentro de las variables demográficas se considero a la edad, según rangos establecidos por el Minsal (2009), y la procedencia de las usuarias categorizadas en urbana, rural y extrema ruralidad.

7.6 RESGUARDOS ÉTICOS

Durante el desarrollo de esta investigación los datos obtenidos de las fuentes de información no serán utilizados con fines de lucro ni sujetos a manipulación y/o alteración de ningún tipo, manteniendo los principios éticos que correspondan a nuestro estudio. Éstos son: el principio de confidencialidad, ya que se resguardará la identidad de las usuarias, y no se divulgarán sus antecedentes personales; el principio de beneficencia, debido a que los resultados de la asociación de variables pudiesen contribuir a la prevención de cesáreas (aquellas que ocurren por factores que pueden ser modificables o prevenibles durante la gestación) y por último el principio de no maleficencia debido a que no existirán consecuencias para las usuarias en cuestión.

Se formuló y dirigió un consentimiento al Comité de ética del Hospital Base de Valdivia para la aprobación y autorización de la ejecución del estudio. Paralelo, se formuló un consentimiento dirigido al jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología (Anexo 2.1), a la Matrona jefa del servicio de Obstetricia y Ginecología (Anexo 2.2), carta informativa a la Dirección del Hospital Base Valdivia (Anexo 2.3), a la Matrona Jefa de unidad Alto Riesgo Obstétrico (Anexo 2.4) y Matrona Jefa de unidad de Puerperio (Anexo 2.5).

8. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Para la tabulación de los datos, todas las variables estudiadas fueron codificadas y categorizadas en el Formulario de datos y luego fueron ingresadas a una planilla Excel 8.0, siendo esta la base de datos de la investigación. A partir de la base de datos, se diseñaron tablas de frecuencia con cada una de las variables recolectadas en el instrumento, para posteriormente identificar aquellas de mayor relevancia estadística y que sustenten esta investigación, siendo las variables más significativas que pudiesen predisponer a las mujeres a ser intervenidas por cesárea de urgencia: el estado nutricional aumentado previo y durante la gestación (sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida) la procedencia rural y extrema ruralidad de la gestante.

De acuerdo a estos antecedentes, se cruzaron las variables causas médicas de cesárea de urgencia (materna y fetal) con la variable biológica estado nutricional materno. No existe una relación significativa en cuanto a la paridad, la edad y talla materna, edad gestacional al parto, entre otras con la resolutivez del parto por vía alta de forma urgente debido a que las usuarias mayoritariamente se encuentran en los rangos de normalidad descritos bibliográficamente, existiendo una tendencia en cuanto al sexo de los recién nacidos que nacen por cesárea de urgencia, predominando el sexo masculino con un 58,2%.

A partir de las tablas de frecuencia, fue posible establecer estadígrafos de posición, tales como la media aritmética, mediana, moda, amplitud, desviación estándar y límite superior e inferior. Además se analizó la base de datos en el programa estadístico Epi Info v.3.0, el cual permitió establecer frecuencias absolutas, frecuencias relativas y también establecer estadígrafos de posición, cuyos datos se evidenciaron a través de gráficos y tablas para presentar los resultados, respondiendo de esta manera a los objetivos de la investigación.

9. RESULTADOS

Los datos obtenidos de la población en estudio fueron clasificados de acuerdo al tipo de características incluidas en el formulario de recolección de datos, ya sean características biológicas, sociales o demográficas, para posteriormente enlazar datos significativos entre sí para determinar la asociación entre estas y poder responder a los objetivos planteados en la presente investigación.

De acuerdo al grupo de características biológicas, cabe destacar que no se encontraron datos significativos en la mayoría de las variables estudiadas, pero se encontraron datos importantes frente a las causas de las intervenciones por vía alta de las mujeres en estudio y datos significativos en cuanto al estado nutricional previo y al término de la gestación.

Dentro de las características sociales se pudo encontrar que la mayoría de las mujeres en estudio, pertenecen a un nivel socioeconómico bajo de acuerdo a la previsión de salud que poseían al momento de la hospitalización, sin embargo, la gran mayoría tenía un nivel educacional medio, ya sea completa e incompleta y tampoco se demostró una relación significativa en el estado conyugal de la población con la intervención misma. En cuanto a las características demográficas el mayor porcentaje de usuarias se encontraban dentro del rango etario entre 20 a 34 años, edades consideradas como óptimas para un embarazo según Donoso, Carvajal y Domínguez de L (2009).

9.1 CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

En este grupo de características se investigó la paridad, talla materna y edad gestacional al parto. El mayor número de cesáreas fue realizado a mujeres primíparas (55%) en comparación con las mujeres múltiparas (45%) (Figura 1).

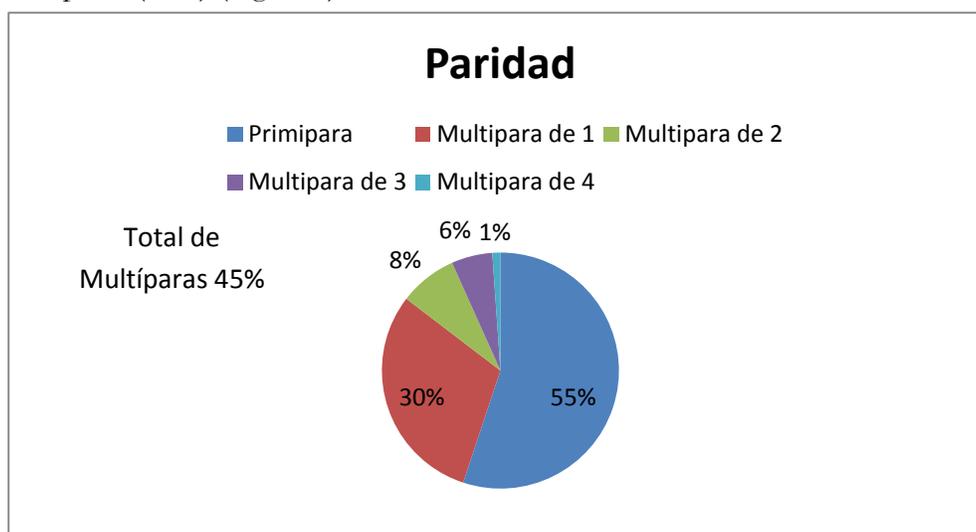


Figura 1: Paridad de mujeres intervenidas por cesárea de urgencia, Hospital Clínico Regional de Valdivia, 4 de Septiembre al 31 de Octubre, 2013.

En cuanto a la talla materna no se encontró relación, ya que según la evidencia bibliográfica (Guzmán, García y Liu, 2001), una talla menor a 146 centímetros se relaciona significativamente con intervención quirúrgica del parto por desproporción céfalo-pélvica (DCP) y la mayoría de las usuarias del estudio se encontraban por sobre este medida (Figura 2). Los estadígrafos de posición de la variable talla materna, se encuentran detallados en la Tabla 4.

Estadígrafos de posición	Medida en centímetros
Límite inferior	139
Límite superior	172
Mediana	156
Media Aritmética	155
Moda	158
Desviación estándar	6,6

Tabla 4: Estadígrafos de posición de la variable talla materna. Excel 8.0.

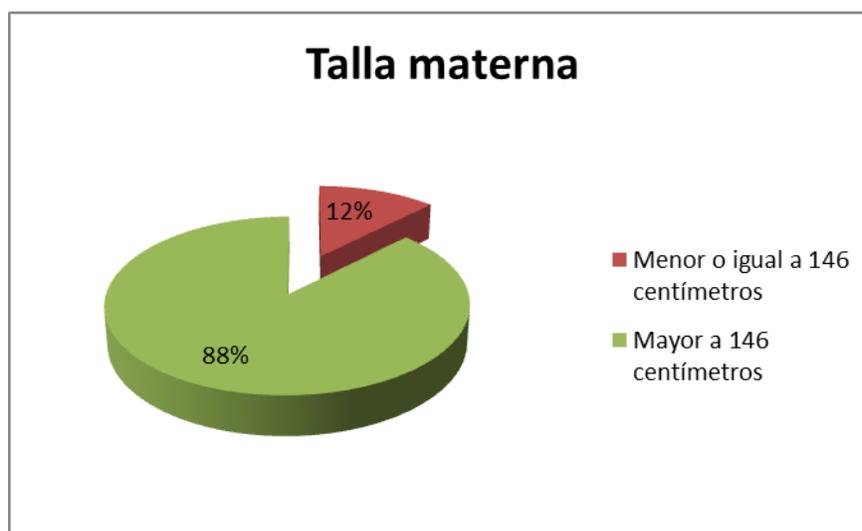


Figura 2: Talla materna de mujeres intervenidas por cesárea de urgencia, Hospital Clínico Regional de Valdivia, 4 de Septiembre al 31 de Octubre, 2013.

En relación a la edad gestacional la mayoría de las mujeres que fueron intervenidas por cesárea de urgencia, finalizaron su embarazo con edades gestacionales óptimas, de acuerdo a lo definido por el CEDIP (2009) entre las 37 a 40 semanas (Tabla 5). También se identificó la presencia de patologías previas a la gestación (Tabla 6) y la presencia de complicaciones intraoperatorias (Figura 3), no encontrándose datos de significancia estadística.

Edad Gestacional	Gestantes	
	N	%
Menor a 37 semanas	21	23,6
De 37 a 40 semanas	44	49,4
Mayor a 40 semanas	24	27,0
Total	89	100

Tabla 5: Edad gestacional al parto de las usuarias intervenidas por cesárea de urgencia, Hospital Clínico Regional de Valdivia, 4 de Septiembre al 31 de Octubre, 2013.

Presencia de patología previa a la gestación		Gestantes	
		N	%
Sin patología		70	78,7
Con patología	Hipotiroidismo	6	6,7
	Síndromes metabólicos	2	2,2
	Otros	11	12,4
Total		89	100

Tabla 6: Presencia de patologías previas a la gestación en usuarias intervenidas por cesárea de urgencia, Hospital Clínico Regional de Valdivia, 4 de Septiembre al 31 de Octubre, 2013.

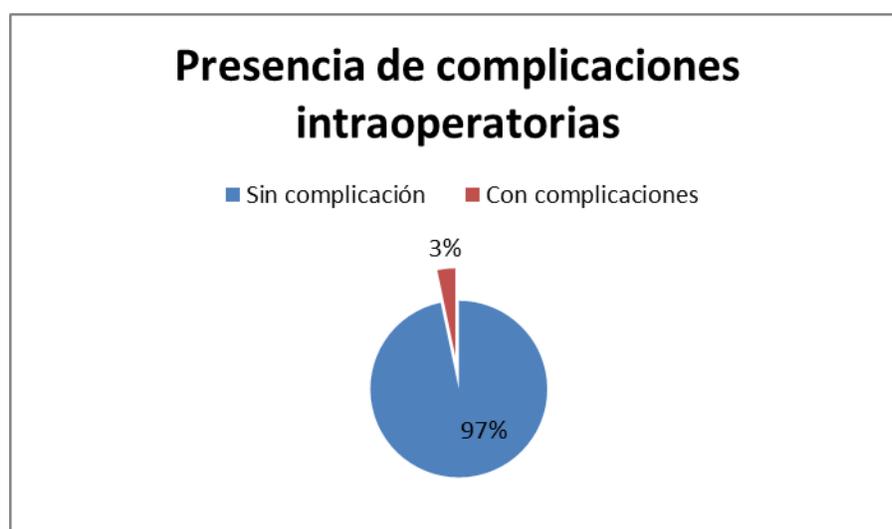


Figura 3: Presencia de complicaciones intraoperatorias de las mujeres intervenidas por cesárea de urgencia, Hospital Clínico Regional de Valdivia, 4 de Septiembre al 31 de Octubre, 2013.

No obstante, se encontraron datos relaciones importantes en la característica estado nutricional materno previo y al término de la gestación, en donde el 57,3% de las usuarias inició la gestación con índice de masa corporal (IMC) elevado, cifra que aumenta a un 82,0% al término de esta (Figura 4), además se puede evidenciar que solo el 19,1% del total de las usuarias, aumentó como cifra máxima 7 kilogramos, aumento esperado para usuarias con sobrepeso y obesidad según González, Juárez y Rodríguez (2013) (Tabla 7), por lo que el porcentaje de esta cifra, debió ser igual a aquellas mujeres que iniciaron la gestación con IMC aumentado. Cabe destacar que de las 33 mujeres que iniciaron el embarazo con estado nutricional normal, solo el 33,3%(11), se mantuvieron normopeso y el 66,7% (22) terminaron con sobrepeso u obesidad. De aquellas que iniciaron el embarazo con estado nutricional sobrepeso (26), el 50,0% (13) se mantuvieron en sobrepeso y el 46,2% (12), progresó a obesidad y solo una mujer de este grupo logró el estado nutricional normal al final de su embarazo.

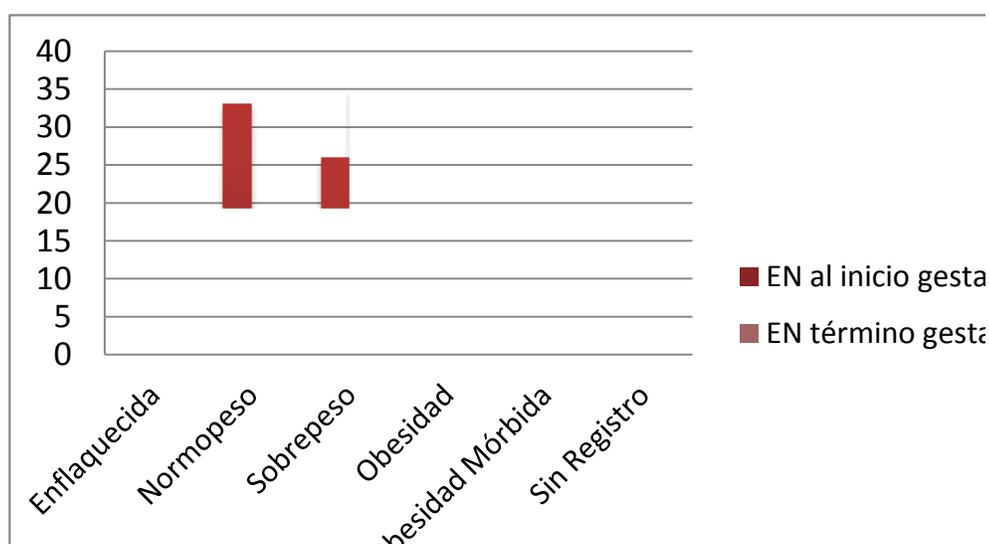


Figura 4: Estados nutricionales al inicio y al término del embarazo de las mujeres intervenidas por cesárea de urgencia, Hospital Clínico Regional de Valdivia, 4 de Septiembre al 31 de Octubre, 2013.

Número de Kilogramos aumentados durante el embarazo	Gestantes	
	n	%
Hasta 7	17	19,1
Entre 8 y 11	28	31,5
Entre 12 a 16	21	23,6
Mayor a 16	19	21,3
Sin registros	4	4,5
Total	89	100

Tabla 7: Kilogramos aumentados durante la gestación por las madres intervenidas por cesárea de urgencia, Hospital Clínico Regional de Valdivia, 4 de Septiembre al 31 de Octubre, 2013.

9.2 CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

De acuerdo al grupo de características sociales incluidas en el formulario de recolección de datos, se investigaron las variables estado conyugal, previsión de salud y grado de instrucción de las mujeres intervenidas por cesárea de urgencia. Según los datos obtenidos, no se logró establecer una relación relevante entre el estado conyugal y la resolución del parto por vía alta (Tabla 8)

Estado Conyugal	Gestante	
	n	%
Soltera	28	31,4
Casada	19	21,3
Conviviente	42	47,1
TOTAL	89	100,0

Tabla 8: Estado conyugal de las usuarias intervenidas por cesárea de urgencia, Hospital clínico Regional de Valdivia, 4 de septiembre al 31 de octubre del 2013.

En cuanto al grado de instrucción, la mayoría de las usuarias se encontraban en la categoría enseñanza media de educación, por lo que no se pudo relacionar un nivel educacional bajo con la prevalencia de cesárea de urgencia en la población estudiada (Tabla 9).

Grado de Instrucción	Gestantes	
	N	%
No lee ni escribe	1	1,1
Educación básica	18	20,2
Educación media	59	66,3
Educación superior	11	12,4
Total	89	100

Tabla 9: Grado de Instrucción de las usuarias intervenidas por cesárea de urgencia, Hospital clínico Regional de Valdivia, 4 de septiembre al 31 de octubre del 2013.

Por otro lado, donde se encontraron resultados más significativos es en la previsión de salud de la población estudiada, en donde la mayoría de las usuarias pertenecen a los grupos beneficiarios FONASA A y B (71) correspondiente al 79,8% del total de las gestantes, lo que indica que pertenecen a un nivel socioeconómico bajo. Esto debido a que son beneficiarios/as del tramo A, aquellas personas carentes de recursos, indigentes o causantes de subsidio familiar (ley 18.020); y beneficiarios/as del tramo B, aquellos/as que poseen un ingreso monetario imponible menor o igual a 210.000 pesos mensuales, aquellos/as con un ingreso mayor a este último hasta 306.000 pesos con tres o más cargas familiares y beneficiarios de pensiones básicas solidarios (Fondo Nacional de Salud, 2013) (Tabla 10).

Previsión	Gestante	
	N	%
FONASA A	41	46,6
FONASA B	30	33,7
FONASA C	8	8,9
FONASA D	9	10,1
ISAPRE	1	1,1
TOTAL	89	100,0

Tabla 10: Previsión de salud de las usuarias intervenidas por cesárea de urgencia, Hospital clínico Regional de Valdivia, 4 de septiembre al 31 de octubre del 2013.

9.3 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

En este grupo de características se incluyó la edad materna y la procedencia de las mujeres estudiadas, encontrándose la mayoría de ellas en el rango etario entre 20 a 34 años, edad considerada óptima para el embarazo (Tabla 11). Los estadígrafos de posición para esta característica se detallan en tabla 12.

Rango etario en años	Gestantes	
	N	%
Menor o igual a 14	2	2,25
15-19	16	17,9
20-34	56	62,9
35-44	13	14,6
45 -54	2	2,2
Total usuarias	89	100,0

Tabla 11: Rango etario de las gestantes intervenidas por cesárea de urgencia, Hospital clínico Regional de Valdivia, 4 de septiembre al 31 de octubre del 2013, según MINSAL 2009.

Estadígrafos de posición	Edad en años
Límite inferior	14
Límite superior	45
Mediana	24
Media Aritmética	26
Moda	24
Desviación estándar	7,6

Tabla12: Estadígrafos de posición de la variable edad. Excel 8.0.

Según la procedencia de las usuarias, se encontró que la mayoría de ellas son procedentes de áreas rurales en un 56,2% (Figura 5) y dentro de las localidades rurales más comunes, fueron San José de la Mariquina, Los Lagos y Panguipulli (Tabla 13).

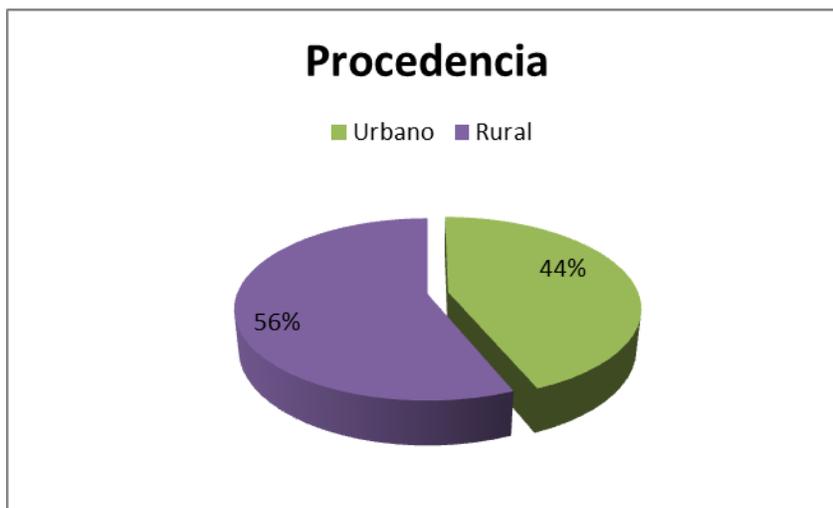


Figura 5: Procedencia de las gestantes intervenidas por cesárea en estudio. Hospital Clínico Regional de Valdivia, 4 de Septiembre al 31 de Octubre del 2013.

Localidad Rural	Gestantes	
	N	%
San José de la Mariquina	8	16,0
Los Lagos	8	16,0
Panguipulli	8	16,0
Rio Bueno	5	10,0
Paillaco	5	10,0
Lanco	4	8,0
Máfil	4	8,0
La Unión	3	6,0
Lago Ranco	3	6,0
Futrono	2	4,0
TOTAL	50	100,0

Tabla 13: Localidad Rural de las gestantes en estudio. Hospital Clínico Regional de Valdivia. 4 de Septiembre al 31 de Octubre del 2013.

9.4 CAUSAS MATERNAS Y FETALES DE CESÁREA DE URGENCIA

Dentro de las causas de cesárea de urgencia de la población en estudio, que se encontraron informadas en los registros clínicos, destaca que las principales causas maternas de cesárea, son aquellas relacionadas con la falta de progresión del trabajo de parto, correspondiente al 40,4% del total de las cesáreas, incluyendo la inducción y prueba de trabajo de parto fracasada, dilatación estacionaria, expulsivo detenido y desproporción céfalo pélvica, siendo esta última la causa más predominante debido a que por sí sola alcanza el 19,1% del total de las cesáreas del periodo. En cuanto a las causas fetales, el diagnóstico más significativo es el sufrimiento fetal agudo (SFA) siendo esta causa del 20,2% del total de las cesáreas de las intervenciones realizadas durante el periodo. Para efectos estadísticos se agruparon aquellas causas individuales que se encontraron de forma aislada dentro de la recolección de datos, estas fueron: usuaria con Lupus eritematoso y nefropatía tipo V sintomática, displasia de caderas, várices vulvares con hernia inguinal, distocia de posición fetal, corioamnionitis, útero tabicado y Colestacia intrahepática del embarazo severa (Tabla 14).

CAUSA DE CESAREA URGENCIA	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea anterior en trabajo de parto	3	3,4%
Desproporción céfalo pélvica	17	19,1%
Dilatación estacionaria	4	4,5%
Distocia de presentación	6	6,7%
DPPNI	3	3,4%
Expulsivo detenido	2	2,2%
Inducción fracasada	7	7,9%
Otras causas	7	7,9%
Prueba de trabajo de parto fracasada	6	6,7%
RCIU	3	3,4%
SFA	18	20,2%
SHIE	13	14,6%
Total	89	100,0%

Tabla 14: Causas maternas y fetales de cesárea de urgencia de madres intervenidas en esta modalidad de parto, Hospital Clínico Regional de Valdivia, 4 de Septiembre al 31 de Octubre, 2013. Tabla de Frecuencia. Epi info.

9.5 RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS DE LAS MADRES Y CAUSAS DE CESÁREA DE URGENCIA.

La única característica biológica que demostró ser significativa para dar respuesta al objetivo planteado, fue el estado nutricional de las mujeres intervenidas por vía alta en el Hospital Clínico Regional de Valdivia. El estado nutricional se evaluó al inicio y al término de la gestación, siendo en este último periodo aún más significativo. Es por esta razón que fue la variable biológica seleccionada para relacionarse con las causas de cesárea de urgencia, ya sean maternas o fetales

La causa materna más frecuente como principal indicación de cesárea fue la DCP, en donde se logró establecer una relación directa y significativa con el estado nutricional aumentado, siendo de un 94,1% para esta variable, considerando aquellas mujeres con sobrepeso y obesidad al término de la gestación (Tabla 15).

Estado nutricional al término del embarazo	Desproporción céfalo-pélvica (DCP)	
	n	%
Normopeso	1	5,9
Sobrepeso	7	41,2
Obesidad	9	52,9
Total	17	100

Tabla 15. Relación entre el estado nutricional de las gestantes con la DCP como causa de cesárea de urgencia. Hospital Clínico Regional de Valdivia.

Adicionalmente, quince de los diecisiete diagnósticos de DCP se encontraban relacionadas con otras alteraciones materno- fetales, de las que destaca la macrosomía fetal (35,3%) y talla materna baja (17,6%) (Figura 6)

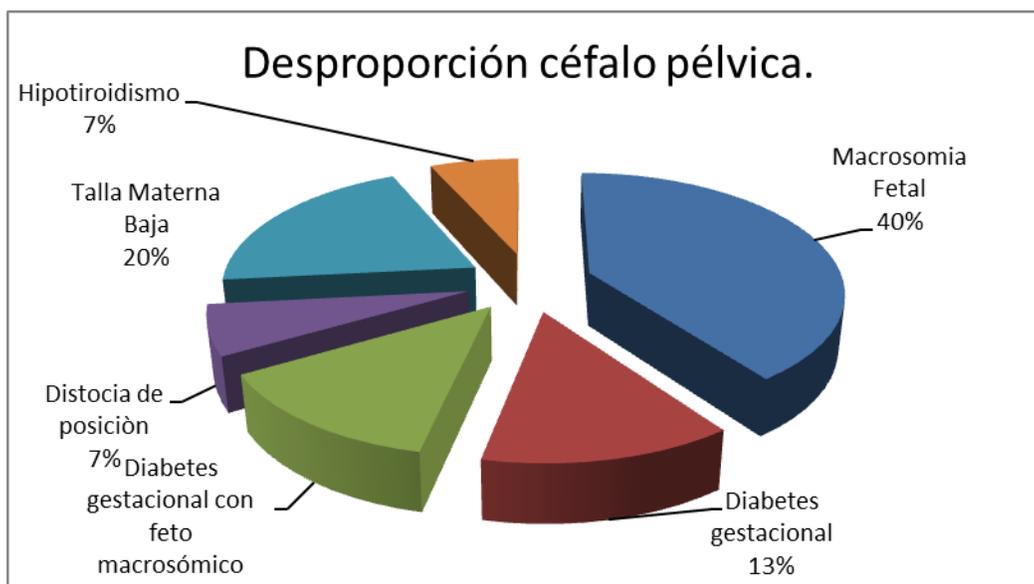


Figura 6: relación entre la causal DCP con otras variables biológicas de las madres intervenidas por cesárea de urgencia. Hospital Clínico Regional de Valdivia.

La causa fetal más frecuente e importante en la indicación de cesárea de urgencia, fue el sufrimiento fetal agudo (SFA), ya que de las 89 intervenciones, 18 de ellas fueron asociadas al diagnóstico o sospecha de SFA. Cabe destacar que una de las principales técnicas de vigilancia antenatal utilizada para realizar el diagnóstico, fue el test de tolerancia a las contracciones (TTC).

La causa de cesárea, SFA también se relaciono directamente con el estado nutricional de las mujeres intervenidas, obteniéndose que un 72,2% de las gestantes con este diagnóstico se encontraban con un IMC aumentado por sobre sus requerimientos nutricionales para la edad gestacional al momento del parto (Tabla 16).

Estado nutricional al término del embarazo	Sufrimiento Fetal agudo (SFA)	
	N	%
Normopeso	5	27,8
Sobrepeso	8	44,4
Obesidad	5	27,8
Total	18	100

Tabla 16. Relación entre el estado nutricional de las gestantes con SFA como causa de cesárea de urgencia. Hospital Clínico Regional de Valdivia.

Por otro lado, también se logró relacionar significativamente patologías del embarazo con el estado nutricional de la gestante, siendo uno de los más importantes causales de intervención, los síndromes hipertensivos del embarazo (SHIE), incluyéndose en este grupo preclampsias (PE) moderadas, severas y Síndrome de Hellp, demostrando nuevamente una mayor incidencia en aquellas mujeres que cursaron su embarazo con sobrepeso u obesidad, alcanzando el 92,3% (Tabla 17).

Estado nutricional al término del embarazo	Síndromes Hipertensivos del Embarazo (SHIE)	
	N	%
Normopeso	1	7,7
Sobrepeso	5	38,5
Obesidad	7	53,8
Total	13	100

Tabla 17. Relación entre el estado nutricional de las gestantes con SHIE como causa de cesárea de urgencia. Hospital Clínico Regional de Valdivia.

El resto de las causas identificadas, tuvieron menor incidencia que las mencionadas anteriormente. Sin embargo, en la gran mayoría de estas, el estado nutricional de las gestantes se mantiene entre sobrepeso y obesidad, excepto en la causal Prueba de trabajo de parto fracasada en donde la distribución de las usuarias es igual para estado nutricional normal, sobrepeso y obesidad (Tabla 18).

Estado Nutricional (EN) al Término de la gestación.										
CAUSA DE CESAREA URGENCIA	NORMAL		SOBREPESO		OBESIDAD		SIN REGISTRO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
DILATACION ESTACIONARIA	1	3,2	1	3,2	2	6,5	0	0,0	4	12,9
DISTOCIA DE PRESENTACION	1	3,2	3	9,7	1	3,2	1	3,2	6	19,4
DPPNI	0	0,0	3	9,7	0	0,0	0	0,0	3	9,7
EXPULSIVO DETENIDO	0	0,0	2	6,5	0	0,0	0	0,0	2	6,5
INDUCCION FRACASADA	1	3,2	3	9,7	3	9,7	0	0,0	7	22,6
PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO FRACASADA	2	6,5	2	6,5	2	6,5	0	0,0	6	19,4
RCIU	0	0,0	1	3,2	2	6,5	0	0,0	3	9,7
TOTAL	5	16,1	15	48,5	10	32,4	1	3,2	31	100,2

Tabla 18: Relación entre Estado nutricional de las gestantes y causas de cesárea. Hospital Clínico Regional de Valdivia.

10. DISCUSIÓN

Desde 1985 la OMS recomienda a los establecimientos de salud que la tasa de cesárea sea inferior al 15% del total de los partos, para disminuir los riesgos adicionales que conlleva a las mujeres y a sus recién nacidos esta práctica (Araya, 2013), sin embargo, a pesar de esta situación, la tendencia en nuestro país es aumentar las tasas de cesáreas al igual que en el Hospital Clínico Regional de Valdivia, ya que se registraron 170 cesáreas en el periodo comprendido desde el 4 de septiembre al 31 de octubre de un total de 436 partos, alcanzando el 39,0%.

Durante la investigación se encontró que la prevalencia de sobrepeso y obesidad al término de la gestación en las mujeres intervenidas por cesárea de urgencia durante el periodo en estudio fue de un 82,0% (73), cifra aún mayor que los hallazgos publicados por la Encuesta Nacional de Salud (2010) en el que se estimaba que el 67% de la población chilena se encuentra en la clasificación nutricional de sobrepeso y obesidad, y que el 51% de las embarazadas chilenas de 15 a 44 años, se encontraba con estado nutricional alterado (MINSAL,2010).Razón por la cual Farías y Oyarzún (2012) afirman que la mitad de la población femenina en edad fértil presentan sobrepeso u obesidad, aumentando el riesgo de alteraciones del proceso reproductivo por esta causa.

En el estudio realizado por Farías y Oyarzún (2012), la obesidad previa a la gestación y un aumento excesivo de peso durante esta misma, se asocian a complicaciones obstétricas dos a tres veces más frecuentes, como por ejemplo la diabetes gestacional, síndromes hipertensivos del embarazo, fetos macrosómicos e intervención quirúrgica del parto. Zonana, Baldenebro y Ruiz (2010), complementan esta evidencia afirmando que la ganancia de peso gestacional excesiva, podría ocasionar complicaciones durante el trabajo de parto y en el estudio realizado por De la Calle et al. (2009) afirman en su investigación que el riesgo de cesárea en gestantes con sobrepeso fue casi el doble en comparación con aquellas en normopeso y que las obesas sufrieron el triple de cesáreas que las usuarias con peso normal, además estos investigadores realizaron un análisis de regresión logística utilizando las variantes edad, diabetes gestacional y síndrome hipertensivo del embarazo, persistiendo la asociación entre sobrepeso y cesárea, y entre obesidad y cesárea, concluyendo que este riesgo es directamente proporcional al IMC.

Los resultados de esta investigación mostraron que el estado nutricional juega un rol importante a la hora de asociarlo con la probabilidad de desarrollar alguna patología en la gestación y en la vía del parto. Se puede relacionar directamente al estado nutricional con la dificultad en la progresión del trabajo de parto y descenso de la presentación fetal, pudiendo relacionarse con dilatación estacionaria, expulsivo detenido, prueba de trabajo de parto e inducción fracasada y desproporción céfalo pélvica, causas que pueden asociarse directamente con Macrosomía fetal (Romero, Urbina, Ponce y Amador, 2006/ De la Calle et al. 2009/CEDIP, 2009).

En un estudio realizado a 1223 gestantes atendidas en el Hospital La Paz de Madrid entre el 2007 y el 2008, se obtuvo que un 72% de las causas de cesárea fue por no progresión del trabajo de

parto y un 21% con DCP, dato muy similar al obtenido en esta investigación (19,1%) (De la Calle et al. 2009/ Gallo, 2013).

A su vez estos, estados de mal nutrición pregestacionales dan paso a un aumento en la producción de la proteína circulante de leptina por parte de los adipocitos maternos y por parte de la placenta en el embarazo, produciendo alteración del metabolismo de los hidratos de carbono y daño endotelial, relacionados directamente con el desarrollo de diabetes e hipertensión gestacional (De la Calle, 2009). Una de las complicaciones agudas más frecuentes de los síndromes hipertensivos del embarazo, es el SFA y en menor proporción la restricción del crecimiento intrauterino entre las complicaciones a largo plazo (Poblete, 2008), información que coincide con lo obtenido en esta investigación en donde se encontró que el 20,2% correspondían a SFA, sin embargo, el sufrimiento fetal agudo diagnosticado a través del test de tolerancia a las contracciones (ITC), es una técnica de vigilancia antenatal que tiene un 30% de falsos positivos según el CEDIP (2009), podría corresponder a un falso diagnóstico, finalizando la gestación por vía alta de manera innecesaria, lo cual se puede evidenciar de acuerdo a los resultados del test de Apgar de los recién nacidos en cuestión.

En Chile se ha dado un cambio en la situación nutricional de la población en general, pasando de un estado de desnutrición a un aumento rápido en la prevalencia de obesidad, esta situación se hace preocupante, cuando se observa que el cambio ha sido significativo en la población de mujeres en edad fértil y embarazadas (32%) (Atalah y Castro, 2004), que pertenecen a grupos socioeconómicos más débiles (Muzzo y Monckeberg, 2012), datos que coinciden con los hallazgos de esta investigación, donde el 79,7% de las usuarias que fueron intervenidas por cesárea de urgencia, pertenecen a un nivel socioeconómico bajo según su clasificación de su previsión de salud al momento de la hospitalización.

Los datos presentados en esta tesis, demuestran lo importante que es realizar una anamnesis integral para identificar a embarazadas de riesgo, de acuerdo a lo planteado por Romero, Urbina, Ponce y Amador (2006), quienes clasifican a las gestantes obesas como un grupo de embarazadas de alto riesgo que traen consigo una diversidad de complicaciones que se asocian a cesárea de urgencia, por lo que recomiendan un control prenatal más estricto en conjunto con controles nutricionales. Es por estas mismas razones que se debe enfatizar en la prevención de la característica materna más importante para el desarrollo de complicaciones del embarazo y trabajo de parto, como lo es el IMC elevado, al inicio de la gestación y el número de kilogramos aumentados durante esta, condiciones que aumentan el riesgo de morbimortalidad materna y perinatal, la cual ha sido identificada claramente en este estudio y respaldada con bibliografía reciente basada en estudios de casos.

Tomando en cuenta que la mayoría de las cesáreas de urgencia fueron por DCP y SFA, se debería establecer nuevas conductas de manejo frente a la sospechas de estas complicaciones, para así realizar el procedimiento quirúrgico solo en casos estrictamente necesarios, de manera de no continuar aumentando la cifra de cesáreas innecesarias, debido a que la razón médica para realizar este procedimiento la gran mayoría fue la DCP y el SFA. En el caso de la DCP, no se realizaron estimación de peso fetal ecográfico cercano al momento del parto y no se correlaciono con tallas maternas que no se relacionan con DCP y en donde el rol del matrn o de la matrona debiera

estar enfatizado en la referencia oportuna de indicadores importantes al especialista y en el manejo adecuado y personalizado del trabajo de parto, brindando una atención integral con manejo del dolor no farmacológico, apoyo emocional a la gestante para la relajación, estimular y enseñar a las usuarias sobre las diversas posturas y/o ejercicios para facilitar el descenso de la presentación fetal, según lo propuesto a nivel ministerial (MINSAL,2008).

11. CONCLUSIONES

En este estudio se logró concluir que la característica biosociodemográfica de mayor incidencia entre las usuarias estudiadas resultó ser el sobrepeso y la obesidad, la cual se encontraba presente en más del 80% de las usuarias intervenidas por cesáreas de urgencia. Esto responde a la pregunta de investigación, ya que se logró identificar solo una característica en común entre las madres intervenidas por esta modalidad de parto, lo que se reafirma con bibliografía actualizada citada dentro de esta tesis.

Bajo este punto de vista se plantea la ejecución de controles prenatales por parte de el/la profesional matrn/a, enfocados en la pesquisa oportuna y precoz de un aumento de peso fuera de los rangos estipulados y mencionados dentro de esta tesis, en el que cada usuaria que asiste al control es categorizada según su IMC y el aumento de kilogramos esperables para ella durante su embarazo. Se propone un mayor número de controles con nutricionista, y psicólogo, dependiendo del estadio de la obesidad, durante el curso de embarazo y no solo al ingreso, debiendo ser derivada a atención secundaria cuando corresponda, teniendo claro, que el IMC aumentado, es factor de riesgo para muchas otras complicaciones que se acentúan durante el embarazo, tal como se pudo observar en el caso de las mujeres con síndromes hipertensivos del embarazo en cualquiera de sus formas, presentes en un 92,3% de las usuarias con sobrepeso, obesidad u obesidad mórbida.

Dentro de las causas médicas para indicación de cesárea de urgencia destaca la presencia en un alto porcentaje de la falla del progreso del trabajo de parto, ocupando el primer lugar la DCP presente en un 94% de las usuarias con índice de masa corporal en sobrepeso, obesidad u obesidad mórbida. De esto se desprende que la unificación de criterios en cuanto a la importancia del diagnóstico nutricional de la usuaria debe considerarse frente a las decisiones que se toman durante el trabajo de parto. Si este diagnóstico no se encuentra registrado dentro de los antecedentes recolectados en los controles prenatales, debiese ser realizado al ingreso en la asistencia pública. En cuanto a las causas fetales, el sufrimiento fetal agudo obtuvo el 20,2% del total de las intervenciones y de este grupo el 72,2% tenían un IMC en sobrepeso u obesidad.

Actualmente los centros de atención primaria, cuentan con el recurso ecográfico para la detección de alteraciones fetales como macrosomía fetal, restricción del crecimiento intrauterino, y ovulares como alteraciones del líquido amniótico, DPPNI, que deben ser derivadas oportunamente al nivel secundario para completar estudio y evaluar la vía del parto con énfasis en los estados nutricionales alterados especialmente los que dicen relación con sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida. Una vez que la gestante ha iniciado el trabajo de parto, se debe tener en consideración cada uno de los diagnósticos para establecer un plan de manejo adecuado y específico para cada una de las mujeres, ya que cada una de ellas tendrá necesidades únicas

La obesidad actualmente constituye un problema de salud pública a nivel mundial del cual Chile no está exento, por lo que para disminuir los índices de cesáreas asociadas a consecuencias del sobrepeso y obesidad, se deben realizar cambios a nivel ministerial que permitan instaurar y/o mejorar políticas públicas que contemplen normativas de derivación, trabajo multidisciplinario constante durante todo el ciclo reproductivo de las mujeres y que no solo involucre a la gestante si no también a sus familias o círculo más cercano, por medio de la integración del diagnóstico nutricional como un factor de riesgo que debe integrarse en el trabajo comunitario intra y extra mural, incorporando esta valoración en la educación a la gestante de manera práctica tanto en los talleres del programa Chile Crece Contigo, visitas domiciliarias, estudios de familias y modificar escalas de valoración de riesgos psicosociales a biopsicosociales.

12. BIBLIOGRAFÍA

Abalos, E. (2009). Técnicas y materiales alternativos para cesárea: Comentario de la BSR. *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Obtenido el 22 de septiembre de 2012, desde http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004663_abalose_com/es/index.html

African Health Science. (2011). Social predictors of caesarean section births in Italy. *National Institutes of Health*; 11(4): 560-565. Obtenido el 25 de septiembre de 2012, desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3362978/>

Aller, J. & Pagés, G. (s/f). Distocias Fetales. *Obstetricia Moderna*.36: 470-479. Obtenido el 30 de octubre de 2012, desde http://fertilab.net/om/om_36.pdf

Aller, J. & Pagés, G. (s/f) Pelvis y Relación Feto Pélvica. *Obstetricia Moderna*. 8:108-117 Obtenido el 02 de noviembre de 2012, desde http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_08.pdf

American congress of obstetricians and Gynecologist (2012). Inducción del trabajo de parto. Washinton, DC. E.E.U.U. Obtenido el 02 de noviembre de 2012, desde http://www.acog.org/For_Patients/Search_Patient_Education_Pamphlets_-_Spanish/Files/Induccion_del_trabajo_de_parto

Atalah, E. Castro, R. (2004). Obesidad materna y riesgo reproductivo. *Revista médica Chilena*. [Versión electrónica] 132 (8). Obtenido el 9 de Diciembre del 2013, desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000800003&script=sci_arttext

Araya, M.A. (2013). *Obesidad en mujeres en edad fértil y riesgo perinatal (PEG, GEG, BPN, Pre-término, Macrosomía y cesárea): Un estudio ecológico en Chile*. Tesis de doctoral. Instituto de Nutrición y Tecnología de los alimentos. Universidad de Chile. Obtenida el 8 de Diciembre del 2013, desde <http://dspace2.conicyt.cl/handle/123456789/89030>

Barber, M. A., Eguiluz, I., Martín-Martínez, A., Goya, M., García-Rodríguez, R., García-Hernández, J. A. (2006). Manifestaciones Faciales Neonatales en Partos de Presentación Cefálico en actitud de deflexión. *Revista Clínica de Investigación en Ginecología y Obstetricia*; 33 (6): 219-221. Obtenido el 25 de octubre de 2012, desde <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/7/7v33n06a13094518pdf001.pdf>

Barranco, F., Peguero, A., Benito, I., Lladó, R., Hernández, S., Figueras, F. & Arranz, A. (2011). Protocolo: Inducción del Parto y Métodos de maduración cervical. Hospital Clínico de Barcelona. Barcelona. España. Obtenido el 02 de noviembre de 2012, desde [http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/obstetricia/INDUCCION DEL PARTO.pdf](http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/obstetricia/INDUCCION_DEL_PARTO.pdf)

Betrán, A.P., Meriáldi, M., Lauer, J.A., Bing-Shun, W., Thomas, J., Van Look, P. (2007). Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Revista de la Organización Panamericana de la Salud*; 21:98-113. Obtenido el 25 de septiembre de 2012, desde http://revista.paho.org/index.php?a_ID=908

Cabrera, J., Cruz, G., Cabrera, C., Cisternas, M., Soto, C., Sepúlveda, K., Sepúlveda, S., Teuber, H. & Araneda, H. (2006). Características del peso, edad gestacional y tipo de parto de recién nacidos en el sistema público y privado. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*; 71(2): 92-97. Obtenido el 23 de septiembre de 2012, desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262006000200004&script=sci_arttext

Castelazo, L. (2009). Sufrimiento Fetal. Causas. Conducta a seguir. *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*; 77 (2): 114-120. Obtenido el 24 de octubre de 2012, desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2009/gom092h.pdf>

Castelazo, L. & Perdomo, A. (2010). Valoración de los Métodos de diagnóstico radiológico en obstetricia y ginecología. *Revista Obstetricia y Ginecología de México*; 78 (9): 509-523. Obtenido el 02 de noviembre de 2012, desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom109g.pdf>

Castro, R. (2007). Una mirada desde el rol del gineco obstetra en la salud de las personas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*; 72 (1): 1-4. Obtenido el 29 de octubre de 2012, desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262007000100001&script=sci_arttext

Centro Ecográfico de Diagnóstico Perinatal (2009). Guía perinatal. Santiago. Gobierno de Chile. Obtenido el 24 de septiembre de 2013, desde <http://biblioceop.files.wordpress.com/2011/02/guc3ada-perinatal-cedip.pdf>

Ceriani, J.M, Mariani. G, Pardo. A, Aguirre. A, Pérez. C, Brener. P, Cores. F.A. (2010). Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. *Revista Argentina De pediatría*. 108 (1), 17-20. Obtenido el 04 de Diciembre del 2012, desde http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000100005

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J & Spong, C. Y. (2010). Capítulo 20.Trabajo anormal. En F. G. Cunningham, K. J. Leveno, S. L. Bloom, J.C. Hauth, D. J. Rouse, C.Y. Spong (Eds), *Williams Obstetrics*, 23e. Nueva York. [Versión electrónica]. Disponible en <http://www.accessmedicine.com/webproxy.uach.cl:2048/content.aspx?aid=6025698>

De la calle, M. Armijo, O. Martín, E. Sancha, M. Magdaleno. F, Omechaca. F, González, A. (2009). Sobrepeso y Obesidad pregestacional como factor de riesgo de cesárea y complicaciones perinatales. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 74 (4) 233-238. Obtenido el 8 de Diciembre del 2013, desde <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v74n4/art05.pdf>

Díaz, L. A. (2011). Inducción del trabajo de parto. *Obstetricia Integral Siglo XX*; 14: 260-274. Obtenido el 01 de noviembre de 2012, desde <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/16/9789584476180.14.pdf>

Donoso, B. & Oyarzún, E. (2012). Restricción del crecimiento intrauterino. *Revista Biomédica revisada por pares*; 12 (6). Obtenido el 30 de octubre 2012, desde <http://www.mednet.cl/link.cgi/medwave/puestadia/Practica/5433>

Donoso, E. Carvajal, J. y Domínguez de L, M.A.(2009). Reducción de la fecundidad y envejecimiento de la población de mujeres chilenas en edad fértil: 1990-2004. *Revista médica de Chile*; 137 (6), 766-773. Obtenido el 05 de Diciembre del 2013, desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600006

Farías, M. Oyarzú, E. (2012). Obesidad en el embarazo: razones para volver a preocuparse de la nutrición materna. *Medwave*. División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile 12 (7). Obtenido el 3 de Diciembre del 2013, desde <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5459c>

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (2008). Proyecto de ley Marco sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Programa género y equidad. [Versión Electrónica] Boletín informativo n° 2. (1-2). Flacso-Chile. Obtenido el 24 de septiembre del 2013, desde http://www.icmer.org/documentos/salud_y_derechos_sex_y_rep/proyecto_ley_marco_salud_y_dsr.pdf

Frenz, P. (S/F). Desafíos en Salud Pública de la Salud: Equidad y determinantes sociales en la salud. Ministerio de Salud de Chile. Obtenido el 17 de junio de 2013, desde <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/6b9b038df97d550fe04001011e014080.pdf>

Gallo, J.L. (2013). Gestación y obesidad, consecuencias y manejo. *Ginecología y obstetricia*. 9(1) 3-9 Obtenido el 1 de Diciembre del 2013 desde http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2013_mmf_09_gestacion_y_obesidad.pdf

Gómez, T., & Larragaña, C. (2009). Hemorragia en la gestación. *Anales del sistema sanitario de navarra*. 32(1) 84-85. Obtenido el 15 de Noviembre del 13, desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272009000200009&script=sci_arttext&tlng=en

González-Boubeta, R. & Cid-González, C. (2007). Maduración cervical: Aceleración de un Proceso Natural. *Matronas profesión*; 8(1): 24-29. Obtenido el 01 de noviembre de 2012, desde <http://www.federacion-matronas.org/rs/236/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/454/rglang/es-ES/filename/vol8n1pag24-29.pdf>

González, J. Juárez, J. y Rodríguez, J. (2013). Obesidad y embarazo. *Revista médica MD*. 4 (4), 269-275. Obtenido el 6 de Diciembre del 2013, desde http://www.revistamedicamd.com/sites/default/files/revistas/art_rev_-_obesidad_y_embarazo_rev_med_md_2013_44.pdf

Guzmán, E. (2012). Perfil epidemiológico de la cesárea en Chile en la década 2000-2010. *Revista Biomédica revisada por pares*; 12 (3). Obtenida el 15 de Junio del 2013, desde <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Análisis/5331>

Guzmán, V. García, P. y Liu, H. (2001). Talla materna como factor de riesgo de cesárea. *Ginecología y Obstetricia*. 47 (2). 117-120. Obtenido el 7 de Diciembre del 2013, desde http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_47n2/talla_mater.htm

Guerrero, T.B. (2008). Distocias dinámicas: Conducta. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada; 1-14. Obtenido el 01 de noviembre de 2012, desde http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr08.distocias_dinamicas.pdf

Hernández. R, Fernández. C, Baptista. M (2010). Metodología de la Investigación. (5° Ed.). México. Editorial Mc Graw Hill.

Hernández-Hernández, D., Ramírez-Montiel, M. L., Pichardo-Cuevas, M., Moreno-Sánchez, J.A., Jaimes, M. & Contreras-Carreto, N. A. (2012). Complicaciones maternas y neonatales secundarias a parto vaginal instrumentado con fórceps. *Revista de Investigación Médica del Sur de México*; 19(2): 52-55. Obtenido el 02 de noviembre de 2012, desde <http://revista.medicasur.com.mx/pdf-revista/RMS122-AO01-PROTEGIDO.pdf>

Hofmeyr, G. J. & Hannah, M. E. (2003). Cesárea programada para parto en presentación podálica a término. [Revisión Cochrane traducida]; Oxford. Obtenido el 30 de octubre de 2012, desde <http://www.maternoinfantil.org/archivos/B4.PDF>

Kamath, B. D., Tood, J. K., Glazner, J. E., Lezotte, D. & Lynch, A. M. (2009). Parto post cesárea electiva: resultados en los recién nacidos. *Revista de Obstetricia y Ginecología*; 113(6) 1231-1238. Obtenido el 20 de octubre de 2012, desde <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=61441>

La Fontaine. E, La Fontaine. J.C, Simba. P.M, Cutiño, M. (2006) morbilidad maternal y neonatal en la cesárea primitiva. *Archivo medico de Camagüey*. 10(3), 1-7 Obtenido el 04 de diciembre del 2012, desde <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n3-2006/2097.htm>

Lapiente, M. B. (2012). Posición occipitoposterior en el parto: decúbito lateral v/s posición de Sims. *Revista REDUCA*; 4 (5): 210-241. Obtenido el 01 de noviembre de 2012, desde <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/951/969>

Licona, T. S. (2009). Causas de Cesárea en el Hospital Santa Bárbara. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*; 6 (1): 35-39. Obtenido el 30 de octubre de 2012, desde <http://cidbimena.desastres.hn/RFCM/pdf/2009/pdf/RFCMVol6-1-2009-6.pdf>

López, M. S., Santalla, A., Vico, I., Manzanares, S., Gallo, J. L. & Puertas, A. (2012). Parto operatorio fallido. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*; 55 (9): 453-457. Obtenido el 24 de octubre de 2012, desde [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/cop/S0304-5013\(12\)00148-3.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/cop/S0304-5013(12)00148-3.pdf)

Maoño, C., & Vázquez, N. (2006). Derechos sexuales y reproductivos. Diccionario de acción comunitaria y cooperación al desarrollo. Obtenido el 29 octubre de 2012, desde <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/66>

Márquez-Calderón, S., Ruiz-Ramos, M., Juárez, S. & Librero, J. (2011). Frecuencia de la cesárea en Andalucía. Relación con factores sociales, clínicos y de los servicios sanitarios (2007-2009). *Revista Española de Salud Pública*; 86(2): 1-5. Obtenido el 29 de octubre de 2012, desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272011000200008&script=sci_arttext&tlng=e

Martín de Villodres, P. (2010). Biblioteca de la Actualidad comentada. *Index de Enfermería*; 19 (2-3). Obtenido el 29 de octubre de 2012, desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000200037&script=sci_arttext

Medina, S.E., Ortiz, A.V. & Miño, L.C. (2011). Incidencia e indicaciones de cesáreas. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*; 207: 11-15. Obtenido el 23 de septiembre de 2012, desde http://kinesio.med.unne.edu.ar/revista/revista207/3_207.pdf

Mejía, H. (2000). Factores de Riesgo para muerte Neonatal. *Revista Sociedad Boliviana de Pediatría*; 39 (3): 104-117. Obtenido el 25 de octubre de 2012, desde <http://www.ops.org.bo/textocompleto/rnsbp00390303.pdf>

Ministerio de Salud (2008). Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. Santiago. Gobierno de Chile. Obtenido el 24 de septiembre del 2013, desde <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf>

Ministerio de Salud (2010). Encuesta Nacional de Salud. Gobierno de Chile. Obtenido el 8 de Diciembre del 2013, desde <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/99bbf09a908d3eb8e04001011f014b49.pdf>

Ministerio de Salud de Chile. (2011). *Norma Técnica Sobre Estándares de Información en Salud*. Santiago: Gobierno de Chile. Obtenido el 23 de Octubre 13 desde http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2011/09/Decreto_Norma_TecnicaEstandares_de_Informacion_DEIS.pdf

Ministerio de Salud (2013). Catálogo de prestaciones 2013. Santiago. Gobierno de Chile. Obtenido el 24 de septiembre del 2013, desde <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/05/Cat%C3%A1logo-PADB-2013-05-de-abril-2013.pdf>

Muñoz, A. L. & Molina, C. (2009). La malposición fetal occipito-posterior. *Revista Metas de Enfermería*. [Abstract]; 12 (7). Obtenido el 30 de octubre de 2012, desde <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3053950>

Muzzo, S. Monckeberg, F. (2012). Reflexiones sobre el aumento de la obesidad en Chile. *Revista Chilena de nutrición*. 39 (4) 113-115. Obtenido el 8 de Diciembre del 2013, desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182012000400001&script=sci_arttext&tlng=e

Nápoles, D. (2005). Alternativas en las Desviaciones del Trabajo de Parto. *MEDISAN*; 9 (2): 1-12. Obtenido el 01 de noviembre de 2012, desde http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san13205.pdf

Nápoles, D. (2007). Cesárea y alternativas en las distocias del trabajo de parto. *MEDISAN*; 11(3): 1-3. Obtenido el 01 de noviembre de 2012, desde http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_3_07/san14307.htm

Nápoles, C.D. & Piloto, M. (2012). Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. *MEDISAN*; 16 (10): 1579-1589. Obtenido el 29 de octubre de 2012, desde http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_10_12/san131012.pdf

Nolazko, M.L. & Rodríguez, L.Y. (2006). Morbilidad Materna en Gestantes Adolescentes. *Revista de Posgrado de la Vª Cátedra de Medicina*; 156: 13-18. Obtenido el 30 de octubre de 2012, desde http://listas.med.unne.edu.ar/revista/revista156/4_156.pdf

Pareali, L., Gibbons, L., Chacón, S., Ramil, V. & Belizán, J. M. (2012). Tasa de cesáreas en dos hospitales privados con normativas diferentes: abierto y cerrado. *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*; 80(4): 263-269. Obtenido el 29 de octubre de 2012, desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom124d.pdf>

Pavón, P., Gogeochea, M., Ramírez, M., & Landa, V. (2002). Frecuencias e Indicaciones de la Operación Cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*; 2 (2): 13-18. Obtenido el 24 de octubre de 2012, desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2002/muv022c.pdf>

Peña, M., Hernández, C., & González, H. (2006). Comportamiento de la inducción del parto. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*; 10 (3). Obtenido el 24 de octubre de 2012, desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942006000300008&script=sci_arttext&tlng=en

Pérez, J.A. (2007). Las variables en el método científico. *Revista de la sociedad química del Perú*. 73(3) obtenido el 08 de septiembre de 2013 desde http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1810-634X2007000300007

Pérez, V.T. (2008). Sexualidad humana, una mirada desde el adulto mayor. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*; 24(1). Obtenido el 29 de octubre de 2012, desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100010

Pineda, E, De Alvarado.E (2009). Metodología de la Investigación. (3° Ed).Organización Panamericana de la Salud. Editorial Limusa. México.

Poblete, J.A. (2008). Complicaciones graves del síndrome hipertensivo del embarazo. *Medwave*. [Versión electrónica]. 8 (10). Obtenido el 8 de Diciembre del 2013, desde <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Cursos/1787>

Real Academia Española (s/f). Diccionario de la lengua española. *Vigésima segunda edición*. Obtenido el 07 de septiembre de 2013, desde <http://www.rae.es/rae.html>

Rodríguez, E. (s/f). Distocia por anomalías de las fuerzas expulsivas. *Obstetricia Moderna*. 37: 481-487. Obtenido el 01 de noviembre de 2012, desde http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_37.pdf

Romero, G. Urbina, F.J. Ponce, A.L, Amador, N. (2006). Morbilidad materno-fetal en embarazos obesas. *Revista de Gineco Obstetricia de México*. 74 (9) 483-487. Obtenido el 8 de Diciembre del 2013, desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2006/gom069f.pdf>

Rosales, E., & Felguérez, J.A. (2009). Influencia de la operación cesárea en la planificación familiar. *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*; 77(12), 562-563. Obtenido el 29 de octubre de 2012, desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2009/gom0912f.pdf>

Salinas, H., Carmona, S., Albornoz, J., Veloz, P., Terra, R., Marchant, R., Larrea, V., Guzmán, R. & Martínez, L. (2004). ¿Se puede reducir el índice de cesárea? Experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*; 69 (1): 8-13. Obtenido el 23 de septiembre de 2012, desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262004000100003&script=sci_arttext&tlng=pt

Salinas, H., Naranjo, B., Pásten, J. & Retamales, B. (2007). Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*; 18: 168 – 178. Obtenido el 22 de septiembre de 2012, desde http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6258/deploy/cesarea_en_chile.pdf

Sánchez-Ramos, L. (2005). Inducción del Parto. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica*; 32: 181-200. Obtenido el 02 de noviembre de 2012, desde <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/502/2v032n0002a00064.pdf>

Servicio Nacional de Mujer (2003). *Situación de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos*. Santiago: Gobierno de Chile. Obtenido el Día 30 de Octubre del 2013 desde http://www.icmer.org/documentos/salud_y_derechos_sex_y_rep/chile_situac_salud_y_der_sex_y_rep.pdf

Valero, L. (s/f). Fundamentos de demografía. Epidemiología general y Demografía sanitaria. Consultado el 06/09/2013. Disponible en http://ocw.usal.es/ciencias-biosanitarias/epidemiologia-general-y-demografia-sanitaria/contenidos/01%20PROGRAMA%20TEORICO/00%20DEMOGRAFIA%20Temas%201_3%20en%20PDF/01%20Temas%201_3%20Fundamentos%20de%20Demografia.pdf

Varas, J., Gayán, P., & Demetrio, A. (2009). Protocolo de indicación operación cesárea. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. Santiago, Chile. Obtenido el 25 de octubre de 2012, desde http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/PAGE/SSALUD/SSALUD_METROPOLITANO_ORIENTE/G_PROTOCOLOS/PROCOLOS/TAB5966481/6.%20PROTOCOLO%20INDICACION%20CESAREA%202009%20HLT.PDF

Villavicencio, E. (2012). Curva de Friedman y Valoración de Friedman. Universidad de Guayaquil. Cátedra de Obstetricia. Obtenido el 01 de noviembre de 2012, desde <http://es.scribd.com/doc/62743459/Curva-de-Friedman-y-Valoracion-de-Bishop>

Zamudio, M. (2007). Determinantes en Salud. Panel. Obtenido el 17 de junio de 2013, desde <http://zamudio.org.mx/epi5.pdf>
(2012, 05). Propuesta De Trabajo Social. *BuenasTareas.com*. Obtenido el 07 de septiembre de 2013, desde <http://www.buenastareas.com/ensayos/Propuesta-De-Trabajo-Social/4281815.html>

Zonana, A. Baldenebro, R y Ruiz, M.A. (2010). Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato. *Salud pública de México*. 52 (3). Obtenido el 8 de Diciembre del 2013, desde http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000300006

11. ANEXOS

Anexo 1 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS TESIS

**FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS TESIS
"CESÁREA DE URGENCIA: CARACTERÍSTICAS BIOSOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES
INTERVENIDAS EN ESTA MODALIDAD DE PARTO, HOSPITAL BASE VALDIVIA".**

Antecedentes Biológicos:

Paridad:

Pg Precoz (< 15 años)	Primigesta	Múltipara	Multigesta nulípara	GM (Mayor o Igual a 5)
1	2	3	4	5

Talla materna según Guzmán, García y Liu (2001)

Menor o igual a 1,46 cm	Mayor a 1,46 cm
1	2

Edad gestacional al parto:

Menor a 36+6 sem	37 a 40 sem	Mayor o Igual a 40+1 sem
1	2	3

Causas de cesáreas de urgencia:

SHIE	Accidentes del parto	Alt. LA	RPM > 12 hrs	Metrorragias III trimestre	SFA	Otras causas	RCIU
1	2	3	4	5	6	7	8

Si la respuesta es 2: 2.a) Procidencia de extremidad 2.b) Prolapso de cordón 2.c) Procidencia de cordón 2.d) Rotura uterina

Si la respuesta es 3: 3.a) Oligoamnios 3.b) Polihidroamnios

Si la respuesta es 5: 5.a) DPPNI 5.b) Placenta Previa

Si la respuesta es 7: 7.a) DCP 7.b) Dilatación estacionaria 7.c) Prueba de trabajo de parto fracasada 7.d) Expulsivo detenido 7.e) Distocia de posición 7.f) Distocia de presentación 7.g) Cesárea Anterior. 7.h) colestacia intrahepatica del embarazo 7.i) Otras. Especifique_____

Patología materna previa al embarazo

Diabetes	Hipertensión	Patología tiroidea	Patología siquiátrica	Sin patología	Otras (especificar)
1	2	3	4	5	6

En caso que la respuesta sea 6, anotar la patología: _____

Analgesia:

Sedoanalgesia	Peridural	Raquídea	General
1	2	3	4

Complicaciones del procedimiento quirúrgico

Administración de analgesia	Procedimiento Quirúrgico	Complicaciones del post operatorio	Ninguna complicación
1	2	3	4

En el caso de la que la respuesta sea 2, anote la complicación: _____

Estado nutricional previo al embarazo

Enflaquecida	Normal	Sobrepeso	Obesidad	Obesidad Mórbida
1	2	3	4	5

Estado nutricional último control prenatal del embarazo

Enflaquecida	Normal	Sobrepeso	Obesidad	Obesidad Mórbida
1	2	3	4	5

Numero de kilos aumentados en el embarazo: _____

II Antecedentes Sociales:

Estado conyugal:

Soltera	casada	viuda	separada	conviviente	Divorciada	Desconocido
1	2	3	4	5	6	7

Previsión de Salud

Sin Previsión	FONASA				DIPRECA	Isapre
1	2.A	2.B	2.C	2.D	3	4

Grado de instrucción

No Lee ni escribe	Básica incompleta	Básica completa	Media incompleta	Media Completa	Superior incompleta	Superior Completa
1	2	3	4	5	6	7

III Antecedentes Demográficos:

Edad Minsal (2009)

Menor o igual a 14 años	15-19 años	20-34 años	35-44 años	45 -54 años
1	2	3	4	5

Procedencia

Urbana	Rural	Ruralidad extrema
1	2	3

2 CARTAS DE AUTORIZACIÓN

Anexo 2.1 Carta autorización Jefe de Subdepartamento de Obstetricia y Ginecología.

CARTA AUTORIZACIÓN JEFE SUBDEPARTAMENTO OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA HOSPITAL BASE DE VALDIVIA

Estimado Doctor Carlos Retamal Sch.

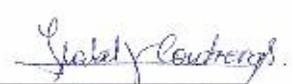
Los abajo firmantes, estudiantes de V año de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Austral de Chile informamos a usted lo siguiente:

1. El segundo semestre del año 2013 llevaremos a cabo, en este centro asistencial el Trabajo de Tesis, requisito para la obtención del título de Matrona/matrón llamado "Cesárea de urgencia: características biosociodemográficos de las madres intervenidas en esta modalidad de parto".
2. Que previo a esta solicitud, el proyecto de tesis que se llevará a cabo cuenta con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Regional Valdivia.
3. Que los datos de nuestra investigación serán recolectados de las fichas de parto, sistema informático perinatal y libro de parto, para lo cual solicitamos su autorización.
4. Que previo al uso de cualquier registro, cada usuaria que ingresa al servicio será invitada a participar y en caso de aceptar, se le dará a conocer en detalle el consentimiento informado que se anexa. Dado que no es posible determinar si el parto se resolverá por vía alta a causa de una urgencia, es que durante el periodo que dure nuestra recolección se invitará a todas las mujeres que ingresen con trabajo de parto.
5. Que con estos fines, solicitamos nos autorice a utilizar las fichas clínicas de las usuarias, Sistema Informático Perinatal y Libro de Partos.
6. Que nos comprometemos al manejo cuidadoso y privado de estos materiales.
7. Que en caso requiera más información puede consultar con la Dra. Myriam Márquez Manzano, Patrocinante de esta tesis en el fono (0632) 221423.


Firma Dr. Carlos Retamal Sch.
Autorización


Fernanda Acevedo M.
17.227.119-7


Jonatan Jara G.
17.067.867-2


Isabel Velásquez C.
17.324.244-1

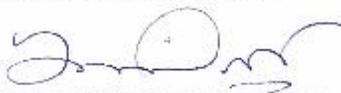
Anexo 2.2 Carta autorización Matrona Supervisora del Subdepartamento de Obstetricia y Ginecología.

**CARTA AUTORIZACIÓN MATRONA SUPERVISORA SUBDEPARTAMENTO
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA HOSPITAL BASE DE VALDIVIA**

Estimada matrona Sra. Sonia Cerda

Los abajo firmantes, estudiantes de V año de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Austral de Chile informamos a usted lo siguiente:

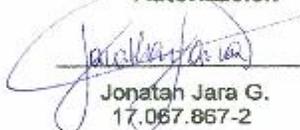
1. El segundo semestre del año 2013 llevaremos a cabo, en este centro asistencial el Trabajo de Tesis, requisito para la obtención del título de Matrona/matrón llamado "Cesárea de urgencia: características biosociodemográficos de las madres intarvenidas en esta modalidad de parto".
2. Que previo a esta solicitud, el proyecto de tesis que se llevará a cabo cuenta con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Regional Valdivia.
3. Que los datos de nuestra investigación serán recolectados de las fichas de parto, sistema informático perinatal y libro de parto, para lo cual solicitamos su autorización.
4. Que previo al uso de cualquier registro, cada usuaria que ingresa al servicio será invitada a participar y en caso de aceptar, se le dará a conocer en detalle el consentimiento informado que se anexa. Dado que no es posible determinar si el parto se resolverá por vía alta a causa de una urgencia, es que durante el periodo que dure nuestra recolección se invitará a todas las mujeres que ingresen con trabajo de parto.
5. Que con estos fines, solicitamos nos autorice a utilizar las fichas clínicas de las usuarias, Sistema Informático Perinatal y Libro de Partos.
6. Que nos comprometemos al manejo cuidadoso y privado de estos materiales.
7. Que en caso requiera más información puede consultar con la Dra. Myriam Márquez Manzano, Patrocinante de esta tesis en el fono (0632) 221423.



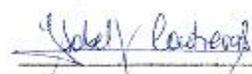
**Firma Matrona, Sra. Sonia Cerda
Autorización**



Fernanda Acevedo M.
17.227.119-7



Jonatah Jara G.
17.067.867-2



Isabel Velásquez C.
17.324.244-1

Anexo 2.3 Carta informativa a la Dirección del Hospital Base Valdivia.

HOSPITAL BASE VALDIVIA

Septiembre 2, año 2013.

De: Fernanda Acevedo M., Jonatan Jara G., e Isabel Velásquez C.; Interno/as de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Austral de Chile.

Dirigida a: Dirección del Hospital Regional de Valdivia.

A través de la presente, nos dirigimos en calidad de Tesisistas para exponer la siguiente situación. Como estudiantes de Quinto año de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Austral de Chile nos encontramos en el periodo de ejecución del trabajo Tesis, la cual se pretende llevar a cabo en el Hospital Base Valdivia entre septiembre y noviembre del presente año, en donde será necesario revisar fichas clínicas previa autorización de las usuarias a través de un consentimiento. El trabajo de tesis se titula “Cesárea de urgencia: características biosociodemográficas de mujeres intervenidas en esta modalidad de parto en el Hospital Base Valdivia”, la cual se encuentra con la aprobación del Comité de ética (se adjunta resolución) y se ha informado al Jefe del subdepartamento de Obstetricia y Ginecología, el Dr. Retamal Sch., y a la matrona Jefa del mismo servicio la Sra. Sonia Cerda. Por este motivo nos dirigimos para informar la situación y solicitar el respectivo acuse de esta información a los jefes del Subdepartamento de Obstetricia y Puericultura, mencionados anteriormente.

Esperando una buena acogida a nuestra petición, les saludan atentamente

Firma representante
Interno/a de Obstetricia y Puericultura.

Anexo 2.4 Carta informativa Matrona Jefa de la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico

HOSPITAL BASE VALDIVIA

Septiembre 2, año 2013.

De: Fernanda Acevedo M., Jonatan Jara G., e Isabel Velásquez C.; Interno/as de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Austral de Chile.

Dirigida a: Matrona Jefa de la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Sra. Silvia Villa.

A través de la presente, nos dirigimos a usted en calidad de Tesisistas para exponer la siguiente situación. Como estudiantes de Quinto año de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Austral de Chile, nos encontramos en el periodo de ejecución del trabajo Tesis, la cual se llevará a cabo en el Hospital Base Valdivia entre septiembre y noviembre del presente año, en donde será necesario revisar fichas clínicas previa autorización de las usuarias a través de un consentimiento. El trabajo de tesis se titula “Cesárea de urgencia: características biosociodemográficas de mujeres intervenidas en esta modalidad de parto en el Hospital Base Valdivia”, la cual se encuentra con la aprobación del Comité de ética (se adjunta resolución) y se ha informado al Jefe del subdepartamento de Obstetricia y Ginecología, el Dr. Retamal Sch., y a la matrona Jefa del mismo servicio la Sra. Sonia Cerda. Por este motivo nos dirigimos para informar la situación y que es posible que nos presentemos en la Unidad con el motivo de revisar fichas clínicas de usuarias hospitalizadas.

Sin ningún otro motivo y esperando buena acogida, les saludan atentamente

Firma representante
Interno/a de Obstetricia y Puericultura.

Anexo 2.5 Carta informativa Matrona Jefa de la Unidad de Puerperio

HOSPITAL BASE VALDIVIA

Septiembre 2, año 2013.

De: Fernanda Acevedo M., Jonatan Jara G., e Isabel Velásquez C.; Interno/as de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Austral de Chile.

Dirigida a: Matrona Jefa de la Unidad de Puerperio, Srta. Leticia Soto.

A través de la presente, nos dirigimos a usted en calidad de Tesisistas para exponer la siguiente situación. Como estudiantes de Quinto año de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Austral de Chile, nos encontramos en el periodo de ejecución del trabajo Tesis, la cual se llevará a cabo en el Hospital Base Valdivia entre septiembre y noviembre del presente año, en donde será necesario revisar fichas clínicas previa autorización de las usuarias a través de un consentimiento. El trabajo de tesis se titula “Cesárea de urgencia: características biosociodemográficas de mujeres intervenidas en esta modalidad de parto en el Hospital Base Valdivia”, la cual se encuentra con la aprobación del Comité de ética (se adjunta resolución) y se ha informado al Jefe del subdepartamento de Obstetricia y Ginecología, el Dr. Retamal Sch., y a la matrona Jefa del mismo servicio la Sra. Sonia Cerda. Por este motivo nos dirigimos para informar la situación y que es posible que nos presentemos en la Unidad con el motivo de revisar fichas clínicas de usuarias hospitalizadas.

Sin ningún otro motivo y esperando buena acogida, les saludan atentamente

Firma representante
Interno/as de Obstetricia y Puericultura.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

N° consentimiento

Información al/la participante.

Usted está siendo invitada a participar de un proyecto de investigación en salud que tiene por finalidad identificar las características biosociodemográficas que se asocian a cesáreas de urgencia en el Hospital Base Valdivia. Todas (os) las/los invitadas (os) son seleccionadas (os) mediante la indicación médica de cesárea de urgencia, realizada por el médico Gineco Obstetra de turno.

En caso de aceptar ser parte de este proyecto, usted autorizará a estudiantes del décimo semestre de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Austral de Chile, a obtener información desde la base de datos del Hospital, tales como la ficha clínica, libro de partos y sistema informático perinatal. Cabe destacar que los datos que usted proporcione para dicha investigación son absolutamente confidenciales, es decir, NO se utilizará su nombre y ningún tipo de información que la identifique (dirección particular, teléfono, etc.), NO tendrá un costo monetario adicional y solo tendrán acceso a estos datos los investigadores de este estudio.

En caso de requerir más información sobre este proyecto, usted puede solicitarla a los investigadores tomando contacto con éstos: Fernanda Acevedo M. (f.acevedo365@gmail.com), Isabel Velásquez C. (isa_vc_90@hotmail.com), y Jonatan Jara G. (yonix_happy@hotmail.com). Si aun así, no se resuelven sus dudas, comunicarse con la Dra. Ginette Grandjean, presidenta del Comité Científico del Servicio de Salud al fono 063-2-281784.

Si decidiera no ser parte de esta investigación, usted no necesita dar ningún tipo de explicaciones, su decisión NO afectará la calidad de su atención, ni la salud de su recién nacido.

Por lo anterior, declaro que se me ha explicado en forma clara el proyecto de investigación y sus objetivos, entiendo que mi participación consistirá en autorizar la revisión de ficha clínica, libro de partos y sistema informático perinatal, sin costo para mí. Ofrezco los datos aportados participando de manera libre, sin ser obligada (o), a cambio de **obtener la retribución del resguardo de mi identificación individual en todo momento**, y que los datos solo serán utilizados por los investigadores.

También declaro haber sido informado de que, en este acto libre y consciente, puedo retirarme en cualquier momento de la investigación, sin tener que dar ningún tipo de explicación.

De acuerdo a todo lo anterior yo:

Decido participar voluntariamente.

Rechazo participar voluntariamente.

Nombre, RUT y firma de la invitada a participar del estudio, o del representante legal

NOMBRE

FIRMA

RUT

FICHA CLÍNICA

Nombre y firma del profesional que proporcionó la información (Matrona y/o Estudiante de Obstetricia y Puericultura)

NOMBRE

FIRMA

Valdivia, _____ 2013

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Yo, _____, con RUT _____ autorizo a las/los estudiantes del décimo semestre de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Austral de Chile, en su calidad de tesoristas del trabajo de Investigación denominado: "Cesárea de Urgencia: Características Biosociodemográficas de las madres intervenidas en esta modalidad de parto", a utilizar datos de mi ficha clínica, con el objetivo de validar el instrumento de recolección de la información.

Se me ha explicado que mis datos **NO FORMAN PARTE DEL TRABAJO DE TESIS**, pues tiene como fin, comprobar que el formulario que se utilizara en dicha investigación, incluye todos los datos que se necesitan para su ejecución y disminuir el margen de error de los datos obtenidos, para cuando sea aplicado con las **VERDADERAS** participantes del proyecto.

Firma de la Usuaría

Nombre y firma de la o el tesorista

Valdivia, _____ del 2013