



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO

HOSPITAL GENERAL DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO

**Incidencia de la cesárea de primera vez con uso de la clasificación de Robson
durante el año 2019 en el HG. Dr. Darío Fernández Fierro**

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DRA. INDRA ELIZALDE TORRES

ASESOR

DRA. NASHELLI SARAY NAVA SANTILLAN

CIUDAD DE MÉXICO. 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Aprobación de Tesis

**Incidencia de la cesárea de primera vez con uso de la clasificación de Robson
durante el año 2019 en el HG. Dr. Darío Fernández Fierro**

DRA. VALDEZ ANGUIANO PAULINA ELIZABETH

DRA. NASHELLI SARAY NAVA SANTILLAN

Profesora Titular del curso de Especialidad.

Asesora y Directora de Tesis.

Dedicatoria y agradecimientos

A Dios quien ha forjado mi camino y me ha dirigido por el sendero correcto, que me da entendimiento y quien siempre me levanta de mi continuo tropiezo.

A Juan Carlos mi esposo y mi hija Andrea Sofia que son un motor y el amor de mi vida. Siempre impulsándome a ser mejor y a querer más.

A mis padres y hermanas: A ustedes por regalarme la vida, Por estar siempre conmigo en los buenos momentos y en los no tan buenos, por nunca dejarme sola, por apoyarme, por enseñarme a luchar por conseguir mis sueños. Por su amor incondicional.

A mis maestros: Gracias por toda la enseñanza transmitida, por la experiencia compartida, mil gracias por llevarme al límite, por permitir dar lo mejor de mí, por la confianza.

RESUMEN

Antecedentes: La resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la operación cesárea constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal contemporánea y ha tenido indiscutiblemente un impacto extraordinario en la disminución de la mortalidad materna y fetal. Sin embargo, en la época reciente ha ocurrido un aumento considerable en la práctica innecesaria de la operación cesárea, que ciertamente no es inocua y conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos. El incremento tan notable en nuestro país en el número de cesáreas sin indicaciones justificadas en las instituciones del sector público y privado han unido esfuerzos para implementar estrategias tendientes a su disminución.

Objetivos: Determinar la tasa actual de cesárea de primera vez desde enero del 2019 a diciembre 2019. Corroborar los diagnósticos más frecuentes e identificar la morbilidad asociada en pacientes del ISSSTE "HG Dr. Darío Fernández Fierro".

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. Se analizaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de cesárea de primera vez desde enero del 2019 a diciembre 2019 de mi año obstétrico quirúrgico, con la finalidad de comparar la tasa de cesáreas por grupo de acuerdo a la clasificación de Robson e identificar por grupo de edad materna, edad gestacional, comorbilidades y complicaciones asociadas, valorar la reducción de operación cesárea.

Resultados El diagnóstico más frecuente es el Sufrimiento fetal agudo con 37 casos, el 19% de la muestra. Seguido de Desproporción Céfalo Pélvica (DCP) con 28 casos, el 14% de las pacientes, durante el año 2019, con complicaciones maternas en menos del 4% asociadas a la operación cesárea, en su mayoría con buenos resultados perinatales y con adecuada justificación de cada indicación.

Conclusiones De acuerdo con los resultados obtenidos, las indicaciones para realizar una operación cesárea fueron absolutas, adicionalmente el 100% de las pacientes no tuvieron complicación alguna por la cirugía cesárea si no por la indicación de la misma. De forma adicional podemos decir que los Recién nacidos tampoco tuvieron alguna complicación post-parto ya que el mayor porcentaje de la muestra se mantuvieron dentro de los rangos aceptables establecidos.

Palabras clave: Cesárea de primera vez, Edad materna avanzada, Falta de progresión de trabajo de parto, Cesárea.

Tabla de contenido

Introducción	8
Antecedentes	14
Aspectos Éticos.....	19
Conflicto de intereses.	23
Recursos materiales.	24
Análisis Estadístico	24
Conclusión	32
Perspectivas	32
Bibliografía	33
ANEXOS	35

Introducción

La tasa de cesáreas en las últimas décadas va en aumento en todo el mundo, ocasionando un problema de salud pública por los riesgos de la cirugía y los gastos en los sistemas de salud. Algunas de las morbilidades a corto plazo informadas incluyen: hemorragia, fiebre posoperatoria y endometritis.

La evolución del nacimiento por cesárea es un procedimiento seguro y con extraordinaria tasa baja de mortalidad materna y fetal. Los rangos de mortalidad materna se encontraban hasta 85% ó mayores en el siglo XIX y se efectuaba únicamente en algunas circunstancias para salvar la vida de la madre. En los inicios del siglo XX importantes innovaciones quirúrgicas ocurrieron incluyendo la técnica aséptica, anestesia y control de la hemorragia y ligadura de vasos. Específicamente para la operación cesárea, la introducción de la incisión de segmento bajo, que permite la exclusión de la herida uterina de la cavidad peritoneal, redujo dramáticamente el riesgo de peritonitis postoperatoria como una complicación de la endometritis puerperal.(1)

Las adiciones posteriores a la transfusión de sangre y la terapia con antibióticos redujeron aún más la morbilidad y la mortalidad del parto por cesárea. La disminución de la morbilidad materna asociada con el parto por cesárea hizo de la operación una alternativa razonable para el parto de fetos con mayor riesgo de asfixia o traumatismo por parto vaginal. Esta disminución, junto con métodos más sofisticados de detección de sufrimiento fetal cambió las indicaciones y la frecuencia de la cesárea para el parto. No fue sino hasta 1876 que Eduardo Porro propuso realizar la cesárea aunada a una histerectomía subtotal y la marsupialización del muñón cervical a la pared abdominal anterior; con esto se trataba de preservar la vida de la madre, aunque al costo de sacrificar la fertilidad. Este método cruento fue de amplio uso entre algunos obstetras, quienes amputaban el útero ante la falta de

suturas estériles que permitieran afrontar la histerotomía sin que ello supusiera una infección devastadora. Se debió al advenimiento de los avances en la anestesiología (como la introducción del éter) y al mejor conocimiento anatómico la posibilidad de intentar mejores accesos abdominales, como las incisiones medias infraumbilicales descritas por Levret y Solayres.(1,2)

El doctor Pfannenstiel presentó su propuesta en 1900, que consistía en no sólo incidir la piel en dirección transversal sino también la aponeurosis, aunque su contemporáneo Maylard, en 1907. Antes de 1960, los partos por cesárea comprendían menos del 5% de los nacimientos y se realizaban principalmente para indicaciones maternas como la placenta previa, la DPC documentada radiográficamente, el fracaso de la inducción del parto en la preeclampsia grave y el parto por cesárea repetido. Después de 1960, con la aparición de técnicas de diagnóstico y monitoreo fetales, las tasas de partos por cesárea aumentaron gradualmente en todo el mundo y se realizaron con mayor frecuencia para las indicaciones fetales.

En cuanto a la histerotomía, las primeras incisiones uterinas fueron corporales (cesárea clásica) debido al temor de lesionar la vejiga y los vasos uterinos. Keher, en 1882, describió una incisión a nivel del orificio cervical interno (no corporal transversa como algunos autores han llegado a describir) para la extracción del neonato.

La tasa y la duración del aumento variaron; en los estados unidos, la tasa de partos por cesárea alcanzó un máximo del 23,5% en 1988. Se encontraron cuatro indicaciones para representar el 90% del aumento en los Estados Unidos: distocia, partos por cesárea repetidas, presentación de nalgas y “sufrimiento fetal”.

- Parece poco probable que la tasa de partos por cesárea en los estados unidos o en la mayoría de los países desarrollados sea tan baja como del 10% al 15%, que es el objetivo de la organización mundial de la salud. Los talleres de entrenamiento para el parto dirigidos solo a las madres pueden disminuir la cantidad de cesáreas. Es de destacar que este

objetivo se ha cuestionado con un estudio transversal que encontró que la tasa de mortalidad materna o neonatal más baja para los estados miembros de la organización mundial de la salud es del 19%; aunque la OMS en 1985 menciona “No hay justificación para que ninguna región tenga porcentaje superior al 10-15%”.

INDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA

La indicación para realizar la operación cesárea puede ser por causas: Maternas, Fetales o Mixtas. (3)

A. Causas maternas

- Estrechez Pélvica
 - Tumores óseos de la pelvis
 - Distocia de partes blandas
 - Malformaciones congénitas
 - Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina, vulva que obstruyan el conducto del parto.
 - Distocia de contracción
 - Placenta previa
 - DPPNI
- **Patología materna:** incluyendo: nefropatías, cardiopatías, retinopatía, fractura de pelvis reciente

B. Causas fetales:

- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica.
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- Prolapso de cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto

- Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal

C. **Causas Mixtas:**

- Desproporción cefalopélvica
- Preeclampsia/Eclampsia
- Embarazo múltiple
- Infección amniótica

Actualmente la Cesárea ha ido en incremento a nivel mundial. En América Latina se estima que cada año ocurren 850,000 cesáreas no justificadas. (4)

El dilema ético en torno a la operación cesárea deriva de la existencia de dos vías por las cuales se puede resolver un parto, y el obstetra debe juzgar en cada caso particular cuál de estas dos vías representa lo mejor para sus dos pacientes.(5)

La cesárea es una operación que se realiza frecuentemente; en países europeos como Gran Bretaña se reporta una incidencia de 21%, en Estados Unidos 26% y en Australia 23%. En algunos países Latino Americanos Chile, Argentina, Brasil, Paraguay y México rebasa el 50%.(6)

La OMS prevé que el uso de la clasificación ayudara a definir y analizar las mujeres que contribuyen a explicar en mayor en menor medida las tasas generales de cesárea, comparar la práctica clínica utilizada en estos grupos de mujeres con la de otras unidades que obtengan resultados más favorables y considerar la posible conveniencia de introducir cambios en dicha práctica clínica. Además de evaluar la calidad de la atención y de las prácticas clínicas mediante el análisis de los resultados. (7)

Grupos de Clasificación de Robson

Grupo	Clasificación de Robson Características
1	Nulípara, único, cefálico, más de 37 semanas, TDP espontaneo
2a y 2b	Nulípara, único, cefálico, más de 37 semanas. a) Inducido b) Cesárea Programada
3	Múltipara sin cicatriz previa, único, cefálico, más de 37 semanas, TDP espontaneo
4a y 4b	Múltipara sin cicatriz previa, único, cef, más de 37 sem . a) Inducido b) Cesárea Programada
5.1 y 5.2	Múltipara con al menos una cicatriz previa, único, cef, más de 37 sem .1)Una cesárea 2) Dos o mas
6	Nulíparas, único, presentación de nalgas
7	Múltiparas con o sin cicatriz previa, único, de nalgas
8	Embarazo múltiple con o sin cicatriz previa.
9	Único, situación transversa u oblicua, con o sin cicatriz.
10	Único, cefálico, menos de 37 semanas, con o sin cicatriz previa.

Esta clasificación se ha podido subdividir en los grupos 2,4 o 5 con la intención de aumentar la uniformidad y homogeneidad de los grupos. Estas toman en cuenta a las pacientes que no tenían trabajo de parto y que se aplicó inducción o que se les realizó cesárea programada y también al número de cesáreas previas.

En la actualidad, la operación cesárea es la cirugía más común en todo el mundo, su incidencia continúa al alza y es prudente aprender no sólo la mejor manera de ejecutarla, sino también las mejores alternativas para evitarla. El porcentaje de cesáreas ha ido en aumento en los últimos años, en ocasiones estando por encima del 10-15% de lo recomendado por las instituciones sanitarias nacionales e internacionales. Además de los costes sanitarios de una cesárea, se han estudiado gastos colaterales de la misma en cuanto a morbilidad materna y fetal.(8) Debido a la cesárea, en el recién nacido se interrumpe la transición normal con ausencia de compresión torácica y en la madre hay una mayor tasa de complicaciones que en los partos vaginales con peor recuperación, más dolor. También se producen efectos inherentes a la separación con mayor riesgo de depresión postparto y mayor dificultad en el establecimiento del vínculo comparado con los partos vaginales(9).

Sobre la base de datos disponibles con métodos internacionalmente aceptados y mediante las técnicas analíticas más adecuadas, la OMS concluye lo siguiente:

1. Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos.
2. A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal.
3. Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas.
4. Debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada.
5. No están claros los efectos que tienen las tasas de cesárea sobre otros resultados como la morbilidad materna y perinatal, los resultados pediátricos y el bienestar psicológico o social. Se necesitan investigaciones adicionales para comprender los efectos sanitarios de las cesáreas sobre algunos resultados inmediatos y futuros.

En las últimas décadas en México se ha registrado un incremento de dicha práctica que supera con mucho el límite máximo recomendado por indicación médica. Este aumento no ha producido ningún beneficio global para la madre ni el recién nacido, pero sí está vinculado con una mayor morbilidad y mortalidad para ambos (doble riesgo de morbilidad materna

grave y de mortalidad materna y doble riesgo de obtener pobres resultados fetales), así como con un mayor número de partos pretérmino, muerte neonatal y con acretismo placentario en el embarazo subsiguiente en aquellas mujeres con antecedente de cesárea.

En el comparativo mundial de práctica de cesáreas sin indicación médica, México se sitúa en el cuarto lugar (después de China, Brasil y EUA), con el mayor número de cesáreas innecesarias. (10, 11)

La información reportada por las mujeres de 2000 a 2012 en la encuesta Nacional de Salud sobre el lugar donde atendieron el parto de su último hijo nacido vivo, muestra un aumento en el número de cesáreas en todas las instituciones de salud, pero esto es más marcado para el ISSSTE/ISSSTE Estatal (43 y 68%, respectivamente) y el sector privado (hospitales, clínicas y consultorios) (43 y 70%, respectivamente). Adicionalmente, en 2012 la mayor proporción de cesáreas programadas se efectuaron en este último ámbito (39.6 vs. 15.6%). Desde el año 2000 todas las entidades federativas rebasan el límite máximo recomendado de esta práctica clínica. (12,13)

En los Centros de Salud con las usuarias o a nivel poblacional se recomienda difundir las ventajas del parto vaginal versus la cesárea innecesaria y otorgar educación prenatal. (14)

La disminución decisiva de la cesárea innecesaria en todas las instituciones de salud de México debe ser una acción prioritaria, ya que expone a las madres y a sus hijos a una mayor morbilidad y mortalidad. La estrategia más importante se debe dirigir a evitar la primera cesárea, no sólo por sus propias implicaciones, sino también por los riesgos en los embarazos y partos subsecuentes, así como por el gasto adicional que se utiliza para dicha práctica clínica, el cual debiera ser redirigido para solventar otros problemas de salud sexual y reproductiva urgentes en el país. (15)

Antecedentes

Este sistema fue propuesto por el Dr. Michael Robson en 2001 y estratifica a las mujeres según características obstétricas y permite comparar las tasas de cesárea en cada grupo con menor confusión y analizar la variación entre centros sanitarios .

En 2011 una revisión sistemática de la OMS concluyó que la clasificación de Robson es adecuada para usarla como base para desarrollar un sistema de clasificación internacional.

En 2015 la OMS realiza una nueva revisión sistemática de las ventajas y desventajas de su adopción, implementación e interpretación, e identificar los obstáculos, catalizadores y posibles adaptaciones concluyendo lo siguiente:



Planteamiento del Problema

La mayoría de los casos de cesárea de primera vez que se realizan a nivel mundial es por diagnósticos que no están bien justificados, lo que conlleva a un mayor riesgo en la morbilidad materna y fetal y riesgos inherentes a la cirugía, actualmente en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro las acciones van dirigidas a disminuir el índice de cesáreas de primera vez y realizar una adecuada justificación de las mismas basada en las Guías de Práctica Clínica.

Por lo anterior, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿ Es la tasa de incidencia en el hospital Darío Fernández Fierro igual o mayor en la reportada en la literatura?

Justificación

La organización Mundial de la Salud menciona que en ninguna región del mundo se justifica una incidencia cesárea mayor del 10- 15%; sin embargo se ha incrementado su frecuencia en las últimas décadas. Recientemente se ha identificado un aumento considerable en la práctica innecesaria de la operación cesárea, que ciertamente no es inocua y conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos. Este incremento va con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna ya que se eleva el riesgo de placenta previa y acretismo placentario. Actualmente la alta frecuencia de cesáreas ya se considera un problema de salud pública y se sospecha que esta situación se va a agravar en los siguientes años.

En el 2015, la Organización Mundial de la Salud propuso utilizar el sistema de clasificación de Robson como estándar global para evaluar y comparar la tasa de cesárea, y hacer un seguimiento al respecto. El sistema clasifica cada mujer en 10 categorías mutuamente excluyentes que, en conjunto, son totalmente incluyentes. La cesárea innecesaria es un problema multifactorial, por lo que se requiere contemplar diferentes ámbitos para su reducción a través del desarrollo de políticas públicas encaminadas a este fin: Formación y regulación de recursos humanos Diseño y organización institucional La OMS prevé que el uso de la clasificación ayudará a los establecimientos de salud a definir y analizar los grupos de mujeres que contribuyen a explicar en mayor y en menor medida las tasas generales de cesárea, por lo que basados en las recomendaciones de la OMS es importante analizar y actualizar la estadística de cesáreas de primera vez en el Hospital Darío Fernandez Fierro , por medio de las guías de estrategias para disminuir la frecuencia de las cesáreas y la clasificación de Robson con esto evaluar la eficacia de estrategias dirigidas a optimizar el uso de la cesárea y poder evaluar la calidad de los datos obtenidos y concientizar al personal de salud acerca de la importancia de estos datos, la interpretación y su uso.

Hipótesis

La Cesárea de primera vez representa un mayor riesgo de morbilidad materna aunada a mayor riesgo de morbilidad fetal, en la cual se presenta un incremento de la misma sin una justificación absoluta.

Objetivo General

Determinar la tasa actual de cesárea de primera vez desde enero del 2019 a diciembre del mismo año. Corroborar los diagnósticos más frecuentes y verificar cuales si representan criterios absolutos e identificar la morbilidad asociada.

Objetivos Específicos

- 1.- Identificar a pacientes con cesárea de primera vez de año 2019.
- 2.- Clasificar las cesáreas de acuerdo a Robson
- 3.-Determinar los grupos de Edades
- 4.-Determinar la Edad Gestacional de Interrupción de embarazo
- 5.-Determinar las comorbilidades maternas y fetales
- 6.-Determinar la tasa de reducción de cesárea de primera vez a tres años.

Metodología de la Investigación.

Se realizó un estudio epidemiológico, retrospectivo, analítico y descriptivo, en una población de 905 pacientes gestantes, con un total de la población que se realizó operación cesárea reportado en el sistema del ISSSTE SIMEF durante el 2019 fueron : 629 pacientes, de las cuales 196 pacientes gestantes a quienes se les realizó interrupción de embarazo por cesárea de primera vez en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro

en el año 2019. Con un muestreo probabilístico, por conveniencia. Basado en casos atendidos en G y O del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro durante el año 2021.

Como criterios de inclusión son: Pacientes cuya resolución del embarazo haya sido cesárea de primera en vez en el Hospital Dr. Darío Fernández Fierro en periodo enero – diciembre 2019. Criterios de exclusión Toda paciente gestante que tenga antecedente de Cesárea previa ó anterior. Pacientes que no cumplan con el periodo comprendido de cesárea de primera vez en el año 2019. Toda paciente en la que no se cuente con toda la información requerida en el Expediente Clínico y criterios de eliminación: Paciente que se encuentre dentro del periodo establecido de enero – diciembre 2019 y se le haya practicado una cesárea en más de 1 ocasión.

Se estudiaron las siguientes variables: Edad gestacional (semanas), peso al nacer (gramos), talla al nacer (centímetros), Apgar (1-10), Edad materna (años), comorbilidades (si, no)

Aspectos Éticos.

Este trabajo de tesis se realizó siguiendo los principios de la declaración de Helsimki y bajo lo establecido por la legislación mexicana.

En primera instancia en el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: que afirma que:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

Artículo 73-XVI-1a

El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país. Según lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación de Salud: nuestro estudio se apega al TITULO SEGUNDO: De los Aspectos Éticos de la Investigación en seres Humanos, en el CAPITULO I de Disposiciones Comunes, citado en el ARTICULO 13.- En nuestra investigación realizada en un ser humano al que llamamos “sujeto de estudio” prevalece el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Además de respetar el ARTICULO 14.- basándonos en una investigación médica justificada, debido a la alta prevalencia del padecimiento estudiado en las pacientes de la Clínica de Climaterio del Hospital Regional 1° de Octubre, a fin de contribuir a la solución de dicho problema de salud, así como al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica; Fracción reformada DOF 02-04-2014 en la cual nuestra experimentación y la obtención del conocimiento al tratamiento del Síndrome Genitourinario de la Menopausia no se puede obtener por otro medio de estudio. Basándonos en el Respeto antes mencionado y además apegados al ARTICULO 20 del Consentimiento informado. - prevalecerán siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles; además cada paciente proporcionará firma de aceptación en dicho consentimiento físico, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna, el cual respeta la privacidad del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal del sujeto de estudio, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables. Otra base en la cual nos apegamos es el ARTICULO 16.- La investigación en seres humanos protege la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

En cuanto a lo que se refiere el artículo 114 del Reglamento antes mencionado, todos los

estudios serán Realizados por Profesionales de la Salud, Médicos con Especialidad en Ginecología, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud (Hospital Regional 1° de Octubre) ya que cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios, que garantizan el bienestar del sujeto de investigación.

La investigación será suspendida de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicite, Fracción adicionada DOF 02-04-2014, así como en caso de presentar alguna reacción adversa se prestará atención médica si dicho daño se relaciona directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda. Fracción adicionada DOF 02-04-2014

Derivado del informe Belmont surgido el 18 de abril de 1979, se respetarán los principios bioéticos básicos en la población de estudio, como son:

Autonomía: Se le dio la libertad a la paciente a decidir si participa en el protocolo de estudio, mediante información oportuna, comprensión sin influencias controladoras que determinen su acción, se da copia de consentimiento informado, si la paciente decide no participar, esta acción no interfiere en el trato hacia su persona, no interfiere con la periodicidad de sus citas.

Beneficencia. Este estudio nos permitió conocer una parte muy importante en la sintomatología asociada al hipoestrogenismo del climaterio, que por cuestiones culturales o personales no se abordan de forma correcta, y en ocasiones le genera incomodidad a la paciente, pero se ha demostrado que más del 38% de mujeres en postmenopausia tienen mala calidad de vida asociada a síntomas urinarios presentes en el Síndrome urogenital de la menopausia. Las pacientes que aceptan son tratadas éticamente, respetando sus decisiones haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar explicándoles que se busca el beneficio con base en mejorar la sintomatología que manifiestan,

iniciando medidas necesarias correctivas y preventivas; así cada paciente obtendrá una atención integral y de calidad; manteniendo los objetivos de este principio: 1) no lesionar a una paciente a costa del beneficio que se pueda obtener en nuestra investigación, 2) aumentar los

beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible suspendiendo la valoración integral cuanto presente, molestias o inconvenientes en su aplicación.

Justicia. A las pacientes que fueron invitadas a participar y que no aceptaron su inclusión, No se les negó el tratamiento a ninguna de las pacientes que cumplan los criterios de inclusión al protocolo por razones de estado socioeconómico, raza, preferencias religiosas y/o sexuales, ni se dará preferencia a ninguna sobre las demás siendo como investigadores imparciales con cada una de ellas, no existiendo efectos de meritocracia en el proceso de investigación atendiendo a todas por igual.

No maleficencia: A cada paciente se le explicó a la paciente y se reiteró la Confidencialidad y protección de los datos personales como lo marca el artículo 14: El responsable velará por el cumplimiento de los principios de protección de datos personales establecidos por esta Ley, debiendo adoptar las medidas necesarias para su aplicación. Lo anterior aplicará aún y cuando estos datos fueren tratados por un tercero a solicitud del responsable. Se tomarán las medidas necesarias y suficientes para garantizar que el aviso de privacidad dado a conocer al titular, fuese respetado en todo momento por él o por terceros con los que guarde alguna relación jurídica

Conflicto de intereses.

Los investigadores que participaron en colaboración para el desarrollo de este trabajo de investigación declaran no tener ningún conflicto de interés.

Recursos materiales.

El presente estudio de tesis requirió del censo diario de nacimientos. Se buscaron las notas de ingreso a urgencias en SIMEF, expedientes clínicos con notas de ingreso a unidad toco quirúrgica, plan de manejo y notas pre y postquirúrgicas con indicación de la cesárea. Recolección de datos con la ficha de la clasificación de Robson. Recolección y reporte de datos en Programas Office.

Análisis Estadístico

Para el estudio de variables numéricas se utilizaron los programas *PAST 3.0* y *GraphPad Prism 8.4.3.* para realizar el análisis estadístico. Algunos estadísticos fueron realizados en *Excel-Word*. Se utilizó el programa *GraphPad Prism 8.4.3.* para el diseño de los gráficos. El valor α asignado en este estudio fue <0.05 ., el resto de las variables categóricas fueron analizadas mediante estadística paramétrica realizada en el programa *Rstudio 2022.07.2 Build 576*, utilizando a las librerías *ggstatbetween*, *ggplot2*, *dplyr*, y *tidyverse*, estableciendo una alfa de 5%, un beta de 20%, así como una diferencia estadística significativa de 0.05.

RESULTADOS

En nuestro estudio la muestra estuvo compuesta por 196 pacientes las cuales recibieron atención médica para la finalización de su embarazo a las cuales por diversas etiologías se realizó operación cesárea de primera vez en el Hospital General ISSSTE “Dr Darío Fernández Fierro” de la Ciudad de México. A continuación se muestran los resultados del estudio realizado para determinar los criterios asociados a las cesáreas de primera vez e

identificar la morbilidad asociada.

En las pacientes sometidas a intervención de cesárea de primera vez, se analizaron todos los casos utilizando distintas variables como criterio definido para cesárea, edad materna, semanas de gestación, resultados perinatales en peso, talla, capurro, complicaciones asociadas, de los cuales obtuvimos los siguientes resultados:

-El rango de edad de las pacientes fue de 29 – 34 años de edad, con un porcentaje del 34% de la muestra, seguido por el rango de 23 a 28 años, representando el 30% de la muestra. En menor proporción los demás rangos.

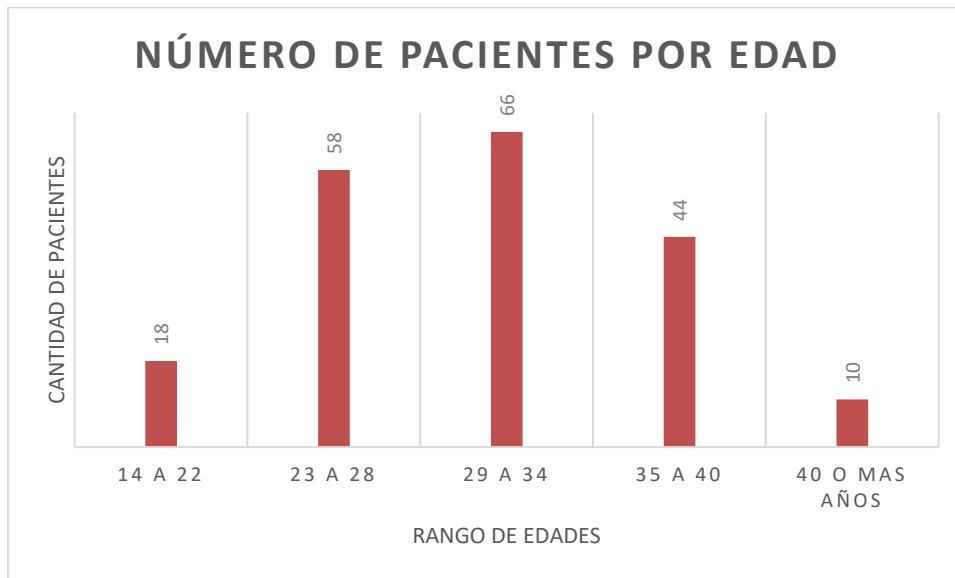
-Las semanas de gestación promedio en las cuales se realizó la interrupción por cesárea fueron de 37.5 semanas de gestación.

-Los Diagnósticos más frecuentes son Sufrimiento fetal agudo con 37 casos, el 19% de la muestra. Seguido de Desproporción Céfalo Pélvica (DCP) con 28 casos, el 14% de las pacientes. Cabe mencionar que hay pacientes que presentan comorbilidades como enfermedades hipertensivas por lo que según la GPC esta indicada la interrupción del embarazo a la semana 38 – 39 de gestación tomando en cuenta comorbilidades asociadas como edad materna, paridad y enfermedades pre- existentes.

La mayor parte de las pacientes tuvieron únicamente un diagnóstico, correspondiente al 71%, es decir que el 29% de las pacientes tuvieron dos o más diagnósticos. Siendo criterios por los cuales propicia la ejecución de una cesárea en lugar de parto.

Como dato adicional, dentro de esta información recolectada, observamos que la asociación de comorbilidad más frecuente fue el hipotiroidismo y la edad materna avanzada.

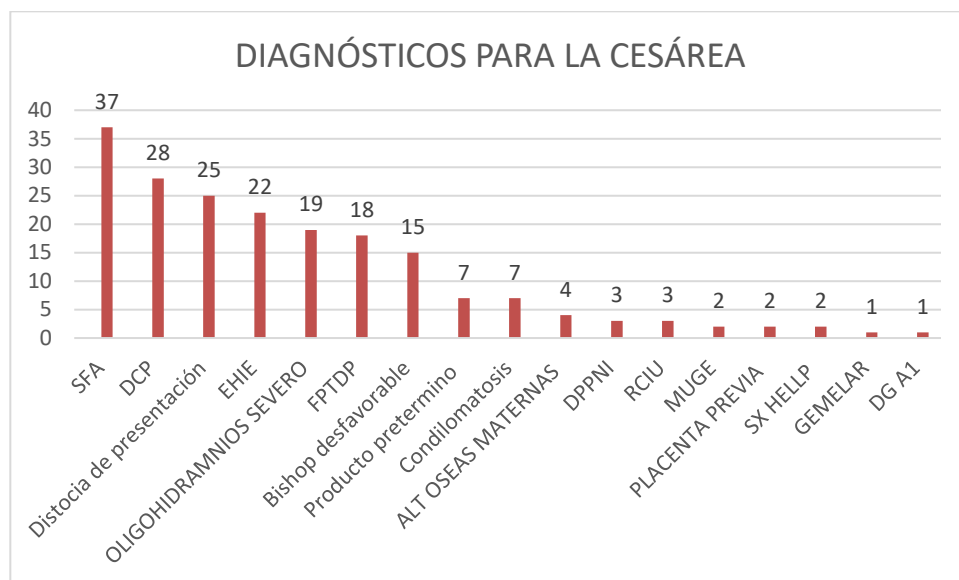
Resultados de la información recolectada en las diferentes gráficas y/o tablas.



Grafica 1.

Dentro de la gráfica se muestra la cantidad de pacientes de los diferentes rangos de edad establecidos, siendo de 29 a 34 años la mayor cantidad, con un porcentaje del 34% de la muestra, seguido por el rango de 23 a 28 años, representando el 30% de la muestra. Seguido de pacientes ya clasificadas con edad materna de riesgo que es el rango de 35 – 40 años.

Grafica 2.

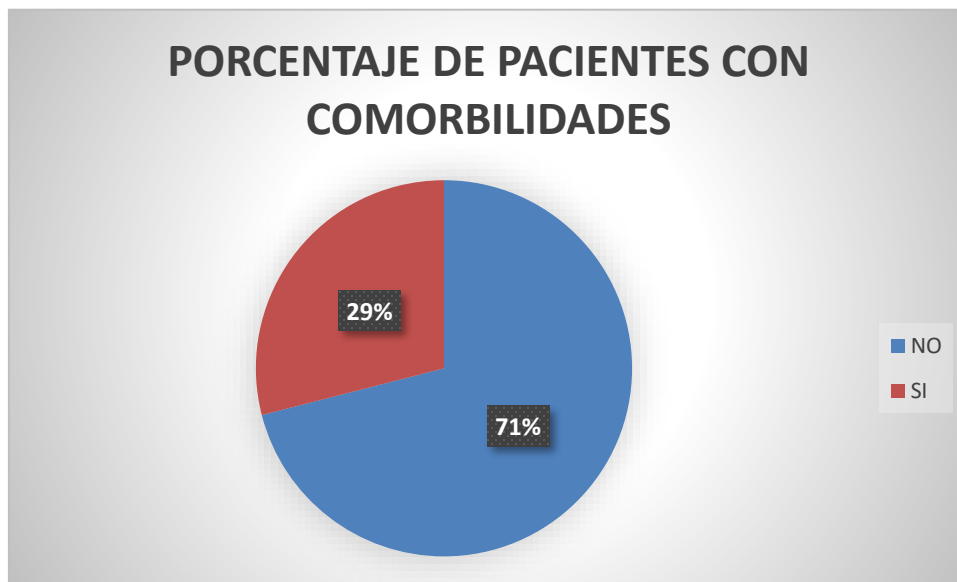


En la gráfica 2 se muestran los 17 diagnósticos utilizados para justificar la cesárea de primera vez en las pacientes atendidas en el año 2019.

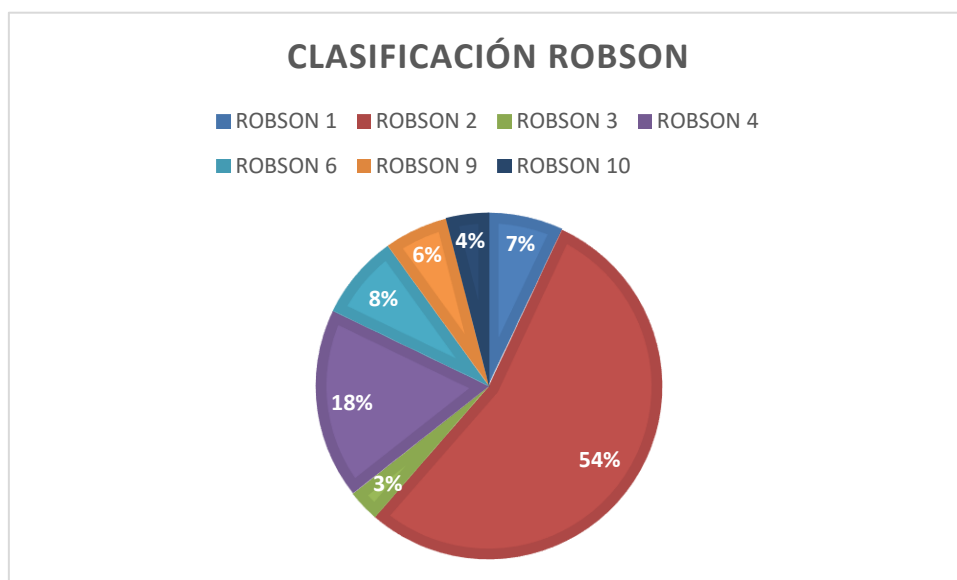
Los Diagnósticos más frecuentes son Sufrimiento fetal agudo con 37 casos, el 19% de la muestra. Seguido de Desproporción Céfalo Pélvica (DCP) con 28 casos, el 14% de las pacientes. En la misma gráfica se observan los demás diagnósticos definidos y el de pacientes registradas para cada diagnóstico.

Cabe mencionar que dentro de los datos recolectados algunas pacientes presentaron más de un diagnóstico definido, con referencia a comorbilidades maternas asociadas que llevaron a la toma de decisión para la interrupción quirúrgica del embarazo. A continuación se muestra la prevalencia de pacientes con comorbilidades preexistentes o adquiridas en el embarazo.

Grafica 3.



Grafica 4.

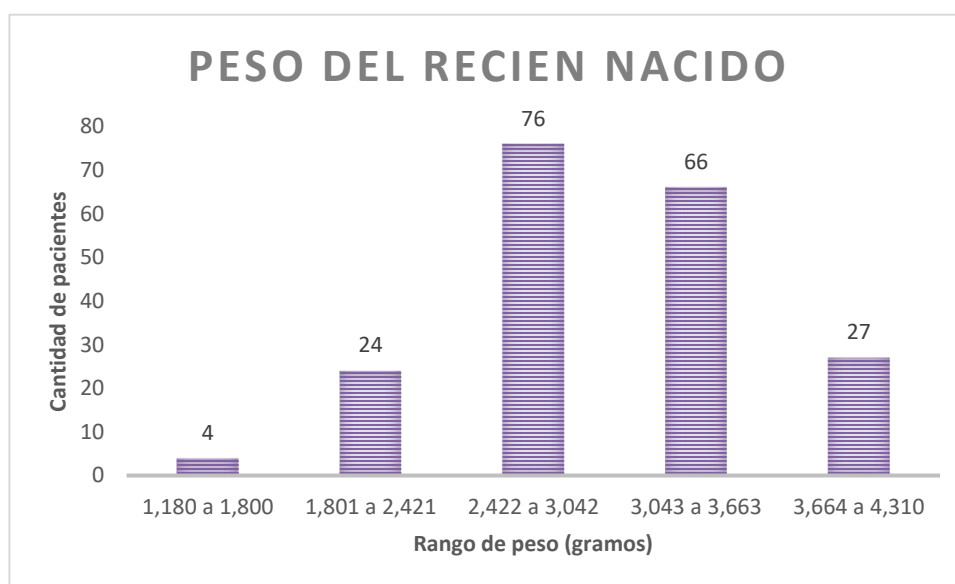


En la gráfica 4 se muestra por medio de la clasificación de Robson las categorías más

frecuentes, siendo en primer lugar el Robson 2 con un total del 54% de los casos reportados, seguido por el Robson 4 con un total de 18%, el Robson 6 con un 8% y el de menor frecuencia en el 2019 Robson 3 con 3%. Que corresponde a multíparas con embarazo de término (> 37 sdg) con inicio de parto espontáneo, sin embargo por falta de progresión de trabajo de parto se tuvo que realizar cesárea.

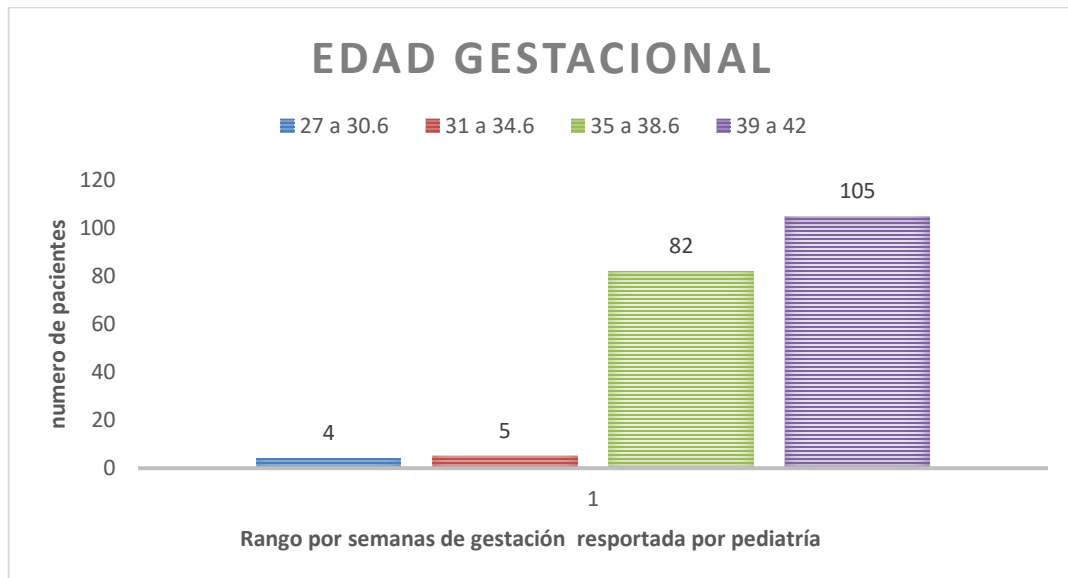
A continuación se muestran los resultados para las variables de los recién nacidos.

Grafica 5



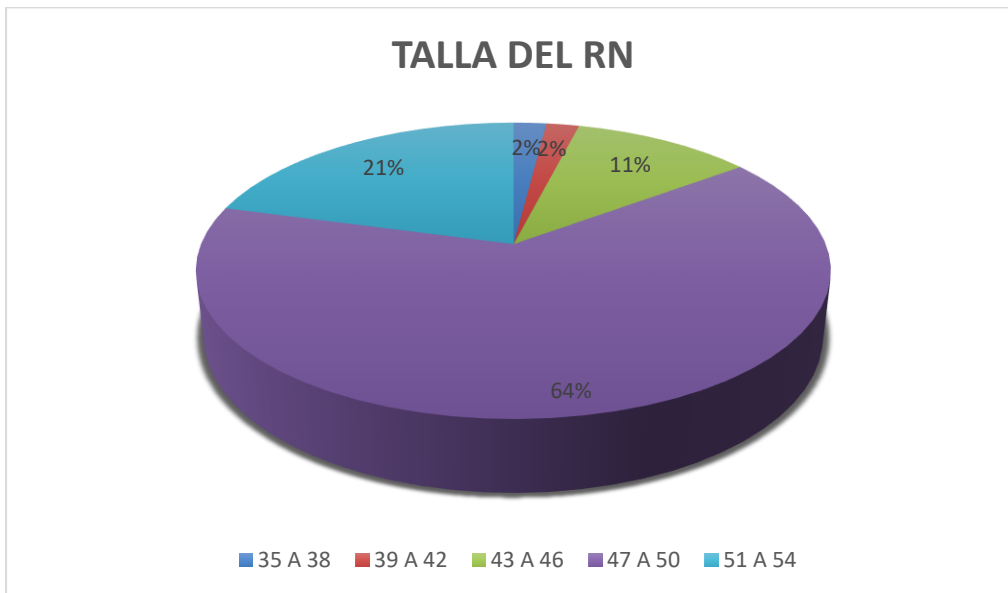
En la gráfica 5 se muestran los pesos registrados de los recién nacidos, que la mayoría de estos se encuentran entre los 2,422g a los 3,042g, siendo el 39% de la muestra.

Grafica 6.



Observando los resultados de la gráfica 6 tenemos que la mayor concentración de recién nacidos se encuentra en el rango de 39 a 42 semanas por Capurro, siendo el 54% de la muestra, y teniendo un buen resultado de los recién nacidos. Solo 1 recién nacido tuvo un resultado de 27 semanas por Ballard, por lo cual no es significativo para el resultado global de esta variable.

Grafica 7



En ésta gráfica se muestran los resultados de las tallas de los recién nacidos, teniendo el mayor porcentaje en el rango de tallas de 47 a 50, con un total de 127 R.N. y un 21% de comprendidos en el rango de 51 a 54 que corresponde a 42 pacientes.

Discusión

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro durante el periodo comprendido entre Enero de 2019 a diciembre del mismo año, analizando 196 expedientes de pacientes con interrupción de la gestación por cesárea de primera vez. En este estudio se corroboraron los diagnósticos más frecuentes con los que se cuentan en ese año de investigación para la justificación de la interrupción del embarazo por cesárea. Todo registro de cada paciente se obtuvo mediante la información contenida en el expediente clínico para la obtención de todos los datos.

El objetivo principal del estudio es analizar el panorama actual de cesárea de primera vez en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro en solamente un año de cotejo, derivado de las recomendaciones emitidas por la OMS y por el incremento significativo de las cesáreas de primera vez, para demostrar si los diagnósticos con los que se cuentan

realmente justifican la intervención quirúrgica y que asociaciones con comorbilidades aumentan el riesgo perinatal y la morbilidad materna asociada. Lo cual se determinó analizando las diferentes variables de este estudio.

En la población estudiada se demostró que la operación cesárea fue totalmente justificada hasta el momento y con una tasa baja de complicaciones perinatales ni asociada a morbilidad materna ya que de nuestras pacientes estudiadas no se reportaron resultados perinatales adversos y solamente en 7 casos de los 196 Hemorragia obstétrica grado 1 sin necesitar de UCI. Concluyendo con buenos resultados tanto para la madre como para el Recién Nacido en quienes se practica, con una tasa relativamente baja hasta el momento.

Conclusión

Al igual que en el ISSSTE de Tacuba se observa una tasa de cesárea del 59,7% y de acuerdo a los resultados obtenidos en los gráficos, los diagnósticos por los cuales se tomó la decisión de realizar una cesárea podemos concluir que fue correctamente indicada, es decir adicionalmente el 100% de las pacientes no tuvieron complicación alguna.

Es importante mencionar que los Recién nacidos tampoco presentaron complicaciones ya que el mayor porcentaje de la muestra se mantuvieron dentro de los rangos aceptables establecidos; sin embargo se recomienda dar continuidad al estudio y realizarlo en un mayor número de pacientes y con un periodo de tiempo más prolongado para así también evaluar si los diagnósticos como DCP y Sufrimiento Fetal agudo están bien sustentados.

Perspectivas

- impulsar el uso de la escala de Robson por los residentes y médicos adscritos al servicio

de G y O del Hospital Darío Fernández Fierro

- Hacer un estudio comparativo de pacientes ISSSTE y secretaria de Salud , donde se utilice la escala de Robson y se evidencie los resultados perinatales.

- Resultados perinatales en pacientes de cesárea de primera vez en el Hospital Darío Fernández Fierro

Bibliografía

1. Techniques for assisting difficult delivery at caesarean section. Heather Waterfall, Rosalie M. Grivell, Jodie M Dodd. Cochrane, Pages 564-570, 2013.
2. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth, Osmond C. Cochrane 1:1077-1081, 2013.
3. Morbidity and Mortality among at caesarean. I.Bernstein, J.D.Horbar, AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. Vol 182, pag. 198-206, 2014.
4. Cárdenas R. Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado. Gac Med Mex 2002;138:357-66
5. Las cesáreas en México: Tendencias, niveles y factores asociados. Puentes-Rosas, E.Gómez. Salud Pública Mex. 2004; 46:16-22
6. Guía de práctica Clínica para la atención Reducción de Operación Cesáreas. Secretaria de Salud, Gobierno Federal. 2018.
7. CESÁREA SEGURA, Secretaría de Salud, Dr. Frenk, Dr. Ruelas, 2013
8. La cesárea en la historia. Lugones Botell, Rev. Cubana Obstet Ginecol, 2001;27(1):53-6
9. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. Cochrane, Innle Chen, Newton, Opiyo, Emma Tavender et al. Issue 2, pages 119-125. 2018.
10. Operación cesárea: una perspectiva integral. Villanueva, H

11. Ethical dimensions of elective primary cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2004;103:387-92
12. Consideraciones éticas sobre la cesárea. Comisión de bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prog Obstet Ginecol 2001;44:46-55
13. Caesarean Birth Task Force Report 2008. British Columbia Perinatal Health Program. Feb. 2008.
14. La Clasificación de Robson: Manual de aplicación. Organización Mundial de la salud 2018
15. Operación cesárea y manual de procedimientos medicoquirúrgicos, manual de obstetricia. Garcia, Lizaola, Rico McGrawHill 2015, capítulo 24, pags 220-235

ANEXOS

Anexo 1. Tablas de clasificación de Robson

Grupo 1  Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.	Grupo 6  Nulípara con embarazo único en presentación podálica.
Grupo 2  Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.	Grupo 7  Múltiparas con embarazo único en presentación podálica, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.
Grupo 3  Múltiparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.	Grupo 8  Mujeres con embarazos múltiples, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.
Grupo 4  Múltiparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o con parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.	Grupo 9  Mujeres con embarazo único en situación transversa u oblicua, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.
Grupo 5  Múltiparas con, al menos una cicatriz uterina previa, embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación.	Grupo 10  Mujeres con embarazo único en presentación cefálica, menos de 37 semanas de gestación, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.

Anexo 2.

Grupos de la Clasificación de Robson

Grupo	Descripción
1	Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontánea
2	Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han sido sometidas a inducción o a cesárea antes del inicio del parto.
3	Múltiparas sin cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontánea.
4	Múltiparas sin cesárea previa, con un feto en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han sido sometidas a inducción o a cesárea antes del inicio del parto.
5	Múltiparas con al menos una cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo.
6	Nulíparas con un feto único en presentación podálica
7	Múltiparas con un feto único en presentación podálica, incluyendo aquellas con cesárea previa
8	Todas las mujeres con embarazo múltiple, incluyendo aquellas con cesárea previa.
9	Todas las mujeres con feto único en posición transversa u oblicua, incluyendo aquellas con cesárea previa
10	Todas las mujeres con un feto único en presentación cefálica de menos de 37 semanas de embarazo, incluyendo aquellas con cesárea previa

