UNIVERSIDAD INSURGENTES PLANTEL LEÓN

INCORPORACION 8989-12 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

FACTORES MÉDICOS Y MATERNOS QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN PARA REALIZAR PARTO INSTRUMENTADO

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

ANA KAREN SAAVEDRA PÉREZ

ASESOR

M.E y L.E.O Luis Alejandro Vieyra Ramírez

León Guanajuato, Enero 2024

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

Dedicatorias y Agradecimientos

A Dios:

Por permitirme llegar con salud y bienestar a este momento tan importante en mi desarrollo profesional y concluir una meta más en mi carrera.

A mi esposo Eder Omar Mosqueda García:

Por poner su confianza en este proyecto, por apoyarme con todo el amor y paciencia para lograr este sueño que es de los dos. Te amo.

A mi hijo Brian Alexis Mosqueda Saavedra:

Por qué siempre tuviste paciencia por esas noches de desvelo y las veces que me pediste jugar contigo, y no podía por estar trabajando para cumplir este sueño. Porque eres lo más hermoso y valioso que me ha dado la vida, porque este proyecto también es para ti y por ti. Te amo.

A mis padres Yolanda Pérez y José Luis Saavedra:

Por siempre apoyarme, estar a mi lado y confiar en mí; por cuidar de mi hijo cuando yo no pude hacerlo. Los amo con todo mi corazón.

A mi hermano: José de Jesús Saavedra Pérez

Por estar conmigo siempre que lo necesite, apoyarme siempre durante este camino para llegar hasta aquí, te amo hermano.

A mis suegros:

Porqué siempre confiaron en mí y me apoyaron en todo momento

A mi amiga: Erika Salgado

Por apoyarme en todo el proceso para llegar hasta aquí, por confiar en que podía lograr esta meta y estar conmigo en todo momento. Gracias amiga; te quiero mucho.

A mis maestros:

Gracias por sus enseñanzas, sus experiencias, y por estar ahí en todo momento cuando lo necesite, en especial al profesor Alejandro Vieyra, por ser el titular en este proyecto. Gracias por todo.

Índice

Contenido

I. Resumen……1

II. Introducción……2

III. Definición del problema……3

IV. Hipótesis……3

V. Justificación……4

VI. Objetivos……6

6.1 Objetivo general……6

6.1.1 Objetivos específicos……6

6.2 Productos Previstos……6

6.3 Beneficios esperados……6

VII. Material y método……7

7.1 Tipo de estudio……7

7.2 Material de investigación……7

7.3 Definición de la población……7

7.4 Muestra……7

7.5 Criterios de inclusión……7

7.6 Criterios de exclusión……7

7.7 Criterios de eliminación……7

7.8 Definición de variables……8

7.9 Selección de fuentes……9

7.10 Prueba Piloto……9

7.11 Definición del plan del procesamiento y presentación de la información……9

VIII. Organización y administración de la investigación……10

8.1 Programa de trabajo……10

8.2 Recursos……..11
8.3 Facilidades locales……..12
8.4 Difusión……..12
8.5 Declaración de ética y bioseguridad……..12
IX. Marco Teórico……14
9.1 Capitulo 1 Antecedentes Históricos……..14
9.2 Capítulo 2 Teoría explicativa……16
X. Resultados……25
10.1 Gráfica 1 Edad……..25
10.2 Gráfica 2 Escolaridad……..26
10.3 Gráfica 3 Estado Civil……..27
10.4 Gráfica 4 Número de embarazo……28
10.5 Gráfica 5 Embarazo previo……29
10.6 Gráfica 6 Semanas gestantes……..30
10.7 Gráfica 7 Cambio de Ginecólogo……..31
10.8 Gráfica 8 Motivo para cambiar de médico……32
10.9 Gráfica 9 Hospitalización durante el embarazo……..33
10.10 Grafica 10 Motivo de hospitalización……..34
10.11 Gráfica 11 Procedimiento a realizar……35
10.12 Gráfica 12 Motivo para realizar cesárea……..36
10.13 Gráfica 13 Procedimiento de elección……..38
XI. Discusión/Conclusión……..39
XII. Bibliografías……41
XIII. Anexos……43

I. Resumen

El termino cesárea, lo conocemos como la intervención quirúrgica por la cual se obtiene el fin del embarazo, pero en algunos casos, nos puede producir una anomalía en el endometrio para próximos embarazos, lo que podemos asociar alguna complicación como hemorragias o placenta previa, lo cual incrementa la tasa de morbilidad y mortalidad en pacientes gestantes.

Dicho procedimiento se considera una de las intervenciones más antiguas, sin embargo, dentro de la práctica médica actual es vista como una operación común.

En la actualidad la intervención cesárea en México se ha convertido en un problema de salud, ya que su incremento acelerado, ha hecho que dicho país sea uno de los principales con más demanda de este procedimiento; sin tomas en cuenta los lineamientos que marca la OMS y la NOM-007-SSA2-2016.

El objetivo del siguiente trabajo, es determinar los motivos o factores por lo cual se toma la decisión para finalizar el embarazo por medio de un parto instrumentado.

En este estudio se incluyeron y analizaron 30 pacientes gestantes del sector hospitalario privado, que se dio el fin de su embarazo durante el periodo de noviembre a diciembre del año 2023, en las cuales se analizaron factores personales, biológicos, antecedentes obstétricos y patológicos del embarazo en curso y de los anteriores si fuese el caso.

La mayoría de las pacientes se encuentran en edad fértil, estabilidad económica, estabilidad emocional y estabilidad familiar por lo cual, se deduce que la principal causa o motivo por la que se decide realizar un parto instrumentado es porque el producto presenta sufrimiento fetal.

Dentro de las indicaciones para realizar cesárea, se encuentran: posición podálica del producto, parto prematuro, desproporción céfalo-pélvica, entre otros.

II. Introducción

Es relevante y de gran importancia la elevada frecuencia con la que se realiza la cirugía cesárea en nuestra sociedad y en la actualidad, ya que se ha visto un aumento de la cantidad de estas intervenciones, muchas de ellas se deciden por parte de las pacientes en relación a que ellas consideran que la cesárea conlleva menor riesgo, menor tiempo de espera, menor dolor y el poder elegir el día del nacimiento del producto, así como en el ámbito profesional referente a problemas médico-legales, aumentó en honorarios médicos y falta de habilidades manuales.

De acuerdo a las manifestaciones de los médicos entrevistados, estos fueron los factores o motivos por los cuales es común que sugieran este tipo de procedimientos, aun cuando es viable que el producto nazca por vía vaginal.

De acuerdo a las investigaciones, la intervención cesárea tiene un aumento considerable, no solo en unas partes, sino en todo el mundo. En México corresponde a un porcentaje mayor del 45% contrario de lo que nos dice la Norma Oficial Mexicana 007 la cual menciona que la realización de esta cirugía debe ser entre el 15- 20 %.

En el sector privado las cifras que se obtuvieron fue que el 90% de las pacientes se sometieron a una cesárea, mientras que el resto tuvieron un parto vaginal; estos datos se obtuvieron con 30 pacientes durante el periodo de noviembre a diciembre del año 2023, por lo tanto, es notable la contrariedad que existe si comparamos el porcentaje que nos marca la NOM-007 (15%-20%) o la OMS que marca (10%-15%).

Con los datos obtenidos nos damos cuenta que la cesárea tiene una gran demanda en el sector privado de salud, lo que conlleva un gasto importante tanto en la estancia hospitalaria o si hubiera complicaciones durante la misma.

III. Definición del problema.

Se ha observado, que la cantidad de partos fisiológicos ha disminuido considerablemente en el sector privado, esto debido a varios factores tanto maternales como médicos que inclinan a pacientes y a médicos a optar por partos instrumentados.

¿Cuáles son las razones por las cuales se prefiere realizar un parto instrumentado a un fisiológico?

IV. Hipótesis

En el sector hospitalario privado se ha detectado un aumento de partos instrumentados y la disminución de partos fisiológicos, esto debido a motivos médicos y maternales que son considerados un impedimento para terminar naturalmente un embarazo.

V. Justificación.

La realización de una tesis de licenciatura brinda la oportunidad de aportar un tema importante para la formación de los recursos humanos en salud, y es importante mencionar que es un requisito sustancial para lograr la titulación en enfermería.

Al interrogar a un paciente por su padecimiento obtenemos impresiones diagnósticas, hipótesis, descartar diagnósticos y así obtener un diagnóstico certero.

La operación cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto y sus anexos ovulares por vía abdominal, a través de una histerotomía. En sus inicios, fue indicada cuando el parto por vía vaginal era imposible y con el fin último de proteger la vida de la madre aun cuando su mortalidad era cercana al 100%.

En la medida que su morbimortalidad ha disminuido, sus indicaciones han aumentado, tanto en el manejo de patología materna, como fetal. En los últimos años, la frecuencia de cesáreas ha aumentado gradualmente tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

La región de América Latina y el Caribe tiene las tasas de cesáreas más altas (40.5%), seguido por América del Norte (32.3%), Oceanía (31.1%), Europa (25%), Asia (19.2%) y África (7.3%).

Debido a este incremento progresivo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebró una reunión de expertos en medicina reproductiva en Fortaleza (Brasil) en 1985 y estableció un objetivo prioritario para garantizar que la tasa ideal de cesárea fuera entre 10% y 15%, ya que las tasas más altas no están asociadas con una reducción en la morbilidad y mortalidad de la madre y el niño.

Entre los sistemas existentes empleados para categorizar las cesáreas, en los últimos años, se ha utilizado la clasificación de diez grupos, también conocida como la «clasificación de Robson». El sistema propuesto por el Dr. Michael Robson se publicó en 2001, y se catalogan a las mujeres en 10 grupos, los cuales se definieron para ser

determinados prospectivamente, que fuesen mutuamente exclusivos, totalmente inclusivos y clínicamente relevantes, lo que permite comparaciones en distintos momentos de una misma o entre distintas instituciones.

Si consideramos que el presente estudio está basado en el sector privado, las pacientes que fueron sometidas a un parto instrumentado han manifestado un incremento en sus gastos hospitalarios, puesto que conlleva cubrir honorarios médicos, recursos materiales, estudios de gabinete tanto para la gestante como para el producto, o incluso servicios adicionales que no estén previstos en el control prenatal, como una Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos o Neonatales, además de los días de estancia para la etapa de puerperio.

VI. Objetivos:

6.1 Objetivo General:

Conocer los factores específicos que desencadenan la decisión medica de realizar una cesárea en lugar de un parto fisiológico, en pacientes intervenidas en hospitales de sector privado.

6.1.1 Específicos:

- Identificar las pacientes que son candidatas para realizar un parto fisiológico.
- Describir el motivo por el cual medicamente no se realiza un parto fisiológico.
- Conocer los motivos maternales por los cuales no se realiza un parto fisiológico y se opta por una cesárea.

6.2. Productos previstos:

- Elaboración de tesina
- Presentación en modalidad de titulación
- Eventual publicación.

6.3 Beneficios esperados:

- Disminuir la cantidad de los partos instrumentados realizados en embarazos con un control prenatal adecuado.
- Lograr aumentar el número de los partos fisiológicos de acuerdo a las necesidades médicas de la paciente gestante
- Decidir correctamente la técnica adecuada para la paciente gestante.
- Que las pacientes gestantes conozcan los motivos y causas por las cuales no se realiza un parto fisiológico.

VII. Material y Método.

7.1 Tipo de estudio:

Cualitativo, prolectivo, transversal.

7.2. Material de investigación:
Humano

7.3. Definición de la población:
Mujeres gestantes con un embarazo de termino

7.4. Muestra:
30 mujeres en tiempo gestante que su embarazo tendrá fin en hospitales privados entre el mes de noviembre y diciembre del 2023

7.5. Criterios de inclusión:

Pacientes embarazadas, pacientes con embarazo a término, pacientes con vitalidad fetal, pacientes embarazadas con antecedentes de parto fisiológico o instrumentado, pacientes que su embarazo finalizara en el periodo de noviembre a diciembre del 2023, pacientes que acuden a un hospital privado dentro de la ciudad de León Guanajuato.

7.6. Criterios de exclusión:

Pacientes con amenaza de parto prematuro, pacientes que sufrieron un aborto, pacientes no embarazadas, pacientes con embarazo ectópico, pacientes con óbito.

7.7 Criterios de eliminación

Pacientes embarazadas que se niegan a contestar encuestas, pacientes embarazadas que no concluyeron encuestas, pacientes embarazadas que pasan intervención quirúrgica urgente, pacientes embarazadas con alguna patología que les impida contestar la encuesta, pacientes embarazadas que les impida su religión contestar la encuesta.

7.8. Definición de variables:

Nombre	Definición	Tipo	Escala	Indicador	Índice	Reactivo	Fuente
Edad	Tiempo en años que la persona ha vivido desde su nacimiento hasta el momento que se realiza la entrevista.	cuantitativa	Razón	Años cumplidos	20 a 50	¿Cuál es su sexo?	Formato de encuesta (anexo)
Estado civil	Situación en base a las leyes y costumbres matrimoniales.	cualitativa	Nominal Politómica	estado civil actual	soltera casada viuda divorciada unión libre	¿Cuál es su Estado civil?	Formato de encuesta (anexo)
Nivel educativo	Nivel educativo reportado por los pacientes	Cualitativa	Ordinal	Grado de estudio máximo alcanzado por el estudiante	1º semestre 3º semestre 5º semestre 7º semestre	¿Cuál es su grado escolar?	Formato de encuesta (anexo)
Embarazos	cantidad de embarazos que ha tenido la paciente incluyendo el actual	Cuantitativo	Nominal Dicotómica	Número de embarazos	1° embarazo 2° embarazo 3° embarazo 4° embarazo	¿cuantos embarazos ha tenido incluyendo el actual?	Formato de encuesta (ANEXO)
motivo de hospitalización	Patologías por las cuales la paciente fue hospitalizada durante el periodo de gestación	Cualitativo	Nominal	Padecimientos por los cuales se hospitalizo	1.- caída 2.- amenaza de aborto 3.- amenaza de parto prematuro 4.- IVU's	durante su embarazo, ¿Usted ha sido hospitalizada por algún motivo?	formato de encuesta (ANEXO)
Procedimiento de elección	Preferencia de la paciente sobre las opciones de intervención	Cualitativo	Nominal	De acuerdo a sus preferencias, por cual procedimiento se decidirían	1.- Parto 2.- Cesárea	Si usted pudiera elegir, ¿Cuál sería el procedimiento de su elección?	Formato de encuesta (ANEXO)

7.9. Selección de fuentes:

- Hospital privado (pacientes)
- Internet
- Libros
- Artículos de investigación
- Guías de práctica clínica

.

7.10. Prueba piloto:

En serie.

7.11. Definición del plan de procesamiento y presentación de la información:

En este proyecto se entrevistaron a las pacientes de hospitales privados que estén en proceso de gestación, y que su embarazo termine en el periodo del estudio. Se trabajó con Microsoft Office Excel 2020 y el vaciado de datos de las encuestas se procesó mediante estadística descriptiva, será graficada de tal forma que se den a conocer las cifras que se obtuvieron durante el periodo de noviembre a diciembre del año 2023.

VIII. Organización y administración de la investigación.

8.1. Programa de trabajo:

1. **Calendario.**

Actividad	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero
Recopilación de Bibliografía	x			
Elaboración del protocolo		x	x	x
Adquisición de equipo		x		
Diseño de Instrumentos		x		
Prueba piloto		x	x	
Recolección de datos		x	x	
Codificación y captura de datos			x	
Proceso de datos			x	
Análisis			x	
Publicación				X

8.2. Recursos:

	Tipo	Precio por hora o por unidad	Cantidad	$ Total	Sub total
Humanos					
	Dr. hospital privado	$500,00	4	$2.000,00	
	Entrevistador	$100,00	40	$4.000,00	
				$0,00	
				$0,00	
				$0,00	
Subtotal					**$6,000.00**
Materiales					
	Equipo de Cómputo HP 1000	$10.000,00	1	$10.000,00	
	Impresora EPSON	$1.200,00	1	$1.200,00	
	cartuchos	$210,00	4	$420,00	
	Software	$1.230,00	1	$1.230,00	
	Encuestas	$6,00	30	$180.00	
	Plumas	$5.00	4	$20,00	
				$0,00	
				$0,00	
				$0,00	
				$0,00	
Subtotal				$0,00	
De información					**$13.050,00**
	Acceso a internet (mensual)	$800,00	4	$3200,00	
	Transporte (Gasolina)	$200,00	5	$1000,00	
				$0,00	
Subtotal					
					$4,200,00

8.3. Facilidades locales:

- Autorización por parte de médicos ginecólogos y pacientes de los mismos del sector privado

- Contacto directo con las pacientes con embarazo a fin que se les practique una cesárea.

8.4. Difusión:

Abierta.

8.5. Declaración de ética y bioseguridad:

Este estudio tiene un riesgo I de acuerdo al establecido Título Segundo, Capítulo Primero, Artículo17 de la Ley General de Salud en materia de salud y se garantiza la confidencialidad absoluta de la de la de los participantes.
Por su naturaleza (encuestas) no requiere necesariamente de consentimiento informado por escrito, solo la aceptación tácita de contestarla la entrevista.

La investigación se apega a la Ley General de Salud en su Título Segundo, Capítulo Primero, Artículos: 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23; Capitulo Cuarto, Artículos: 43, 44, 50. Se protegerá la privacidad del sujeto de investigación al no ser revelado el nombre o cualquier otro dato de identificación, al no ser relevantes en el desarrollo de la investigación ni en los resultados.
La asignación de los individuos fue imparcial y por mera disponibilidad. El estudio está catalogado como “investigación de riesgo mínimo” al ser una encuesta, sin la necesidad de realizar algún procedimiento que pudiera afectar la integridad física, mental o emocional del paciente.

No se manejarán químicos, formas de energía o material biológico que pudiera representar algún riesgo para los sujetos de investigación, los investigadores y/o sus familias y el entorno, por lo que no conlleva ningún riesgo de bioseguridad.

IX. Marco teórico.

9.1 Capítulo 1 Antecedentes Históricos

Una palabra de origen latino, *caedere* o *scaedere*, que significa cortar, podría ser una de las 4 razones del origen de la denominación. Las otras 3 son: la ley regia de *Numa Pompilius* (siglo viii AC) que impedía inhumar a la mujer muerta embarazada sin haber sacado previamente al niño por una incisión abdomino-uterina (ley de los césares); la leyenda cuenta que *Julio César* nació de este modo y por último, los escritos atribuidos a Plinio, historiador de la antigüedad, que aseveraba que el primero de los césares nació por vía abdominal.[1]

Según la mitología clásica, tanto el nacimiento de Esculapio como el de Baco fueron por cesárea. En la mitología griega hay referencias a nacimientos de dioses o semidioses por vía abdominal, como el que se refiere a Hermes que sacó a Dionisio por mandato de Zeus del vientre de Semele, y Apolo, que abre el abdomen de Corinis, muerta por Artemis, y saca a Esculapio. La cesárea ya era conocida en el imperio romano desde el año 715 a. C. [1]

Es importante mencionar que, en el año 715 AC, existía una ley romana que la llamaron “Lex Regia” dictada por Numa Pompilio, esta consistía en que cualquier mujer con embarazo avanzado muerta, se le debería practicar una cesárea si se comprobaba que el feto aún estaba con vida.[1]

Antes de 1500, el Islam se oponía a este tipo de procedimiento y señalaba que cualquier niño nacido por este método era descendiente del demonio y debía ser sacrificado.

Sin embargo, la iglesia no estaba de acuerdo con esta decisión, al contrario, se consideraba que era una buena decisión por el bien de la embarazada y la salud del niño.[1]

Según la mitología clásica, tanto el nacimiento de Esculapio como el de Baco fueron por cesárea. En la mitología griega hay referencias a nacimientos de dioses o semidioses por vía abdominal, como el que se refiere a Hermes que sacó a Dionisio por mandato de Zeus del vientre de Semele, y Apolo, que abre el abdomen de Corinis, muerta por Artemis, y saca a Esculapio. La cesárea ya era conocida en el imperio romano desde el año 715 a. C [2]

La cesárea ya era conocida en el imperio. En Roma se usaba la expresión “a matre caesus” (cortado de su madre) para describir la operación. La primera de estas intervenciones documentada en la que sobrevivieron tanto la madre como el bebé fue realizada en el año 1500 en Suiza por Jacob Nufer, castrador de cerdos, que realizó dicho procedimiento en su mujer, que luego dio a luz a 5 hijos más por vía vaginal.[2]

Entre los siglos XVII y XIX la práctica de la cesárea se realizaba sólo cuando el parto vaginal era imposible como un último intento de salvar la vida de la madre y el feto, ya que la mortalidad era muy elevada (mayor a un 80%).[2]

Durante esta época no había anestesia; la incisión solía hacerse en el abdomen por fuera de los músculos rectos, en el sitio hacia el que se rotara el útero, con el fin de proteger la vejiga. El niño se extraía por el costado de la madre. Solía hacerse una incisión longitudinal en el útero y se dejaba abierto.[3]

Rousset aconsejaba en ese momento colocar una infusión de hierbas y una cánula para el drenaje de los loquios hacia la vagina, dado que la causa de la muerte era la infección.[3] Se creía que el escape de los loquios hacia la cavidad abdominal era el factor causante de la sepsis.[3]

Si bien no se cerraba el útero, la incisión abdominal se aproximaba con unos cuantos puntos burdos y un empasto pegajoso. *Ruleau* en 1704 y *Dionis* en 1718 se manifestaron contrarios a la operación. *De la Mote*, describió en 1721 el primer caso de endometriosis laparotomía después de una cesárea.[3]

En 1882, Max Sänger introdujo la sutura uterina de la histerotomía prácticamente igual a como se hace hoy en día. Latzko realizó en 1908 la primera cesárea extra peritoneal como forma de prevenir las peritonitis postoperatorias. En 1912, Kronig realizó la primera incisión segmentaria vertical.[3]

9.2. Capítulo 2 Teoría Explicativa

Incidencias de cesárea

De acuerdo con un reporte reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la tasa de cesáreas sigue siendo elevada en todo el mundo: obteniendo un 21.1% de todos los nacimientos. Se espera que esta cifra continúe en ascenso hasta llegar a un 29% para el 2030.[4]

La tasa de cesáreas en Latinoamérica ha tenido, también, un incremento significativo de aproximadamente 20% en las últimas décadas (42.8% en 2014); un estudio reciente reporta una tasa del 52% para esta región. En México, esta tasa alcanzó el 46% en el año 2021. [4]

Desde 1985, la OMS ha consideró que la tasa ideal de cesáreas debe estar entre el 10 y el 15%. En poblaciones donde las tasas de cesárea superan el 10%, sin que exista una asociación con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal, es importante tomar en consideración la conveniencia de ajustarse, de manera más estricta, a las indicaciones del organismo internacional de salud.[5]

La determinación de la tasa de cesáreas en una institución o región es insuficiente para comprender la tendencia de prácticas, indicaciones y situaciones obstétricas en cada caso. Sin duda deben tenerse propuestas luego de analizar las indicaciones más frecuentes del nacimiento por cesárea.[6]

El índice de Robson ofrece ventajas para identificar poblaciones con ciertas características que las hace más o menos propensas a tener una intervención quirúrgica. Esto lo hace agrupando los casos por características específicas. (tabla 1.) [6]

Tabla 1. Clasificación de Robson por grupos.[6]

Grupo	Población obstétrica
1	Mujeres nulíparas, con embarazo único, en presentación cefálica, con ≥ 37 semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo.
2	Mujeres nulíparas, con embarazo único, en presentación cefálica, con ≥ 37 semanas de gestación, en las que se indujo el parto o se procedió a la cesárea programada (antes del trabajo de parto).
2a	Parto inducido.
2b	Cesárea programada (previa al trabajo de parto).
3	Mujeres multíparas, sin una cesárea previa, con embarazo único, en presentación cefálica, con ≥ 37 semanas de gestación y en trabajo de parto espontáneo.
4	Mujeres multíparas, sin una cesárea previa, con embarazo único en presentación cefálica, con ≥ 37 semanas de gestación en quienes se indujo el parto o se procedió a la cesárea programada (antes del trabajo de parto).
4a	Parto inducido.
4b	Cesárea programada (previa al trabajo de parto).
5	Todas las mujeres multíparas con al menos una cesárea previa, con un embarazo único en presentación cefálica, con ≥ 37 semanas de gestación
5.1	Con una cesárea previa.
5.2	Con dos o más cesáreas previas.
6	Todas las mujeres nulíparas, con embarazo único, en presentación podálica.
7	Todas las mujeres multíparas, con embarazo único, en presentación podálica, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas.
8	Todas las mujeres con embarazos múltiples, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas.
9	Todas las mujeres con un embarazo único con una situación transversa u oblicua, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas
10	Todas las mujeres con un embarazo único con presentación cefálica, de <37 semanas de gestación, incluidas las que han tenido una o varias cesáreas previas.

Indicaciones para una cesárea

Las causas del aumento en la tasa de cesáreas son multifactoriales, pero existe una clara tendencia al incremento de primeras cesáreas junto a una disminución de partos vaginales post cesáreas y un notorio decrecimiento en la tasa de partos.[11]

Según antecedentes obstétricos de la paciente:

Primera: Es la que se realiza por primera vez.

Iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.

Previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

Según indicaciones:

Cesárea electiva: Es aquella intervención programada que se realiza antes del inicio del parto en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal.[7]

Cesárea en curso de parto o de recurso: se realiza durante el curso del parto, por indicación materna, fetal o mixta. Se incluyen: desproporción pélvico-fetal, fracaso de inducción, distocia de dilatación o de descenso y parto estacionado. No existe riesgo inminente para la madre ni el feto.[7]

Cesárea urgente: es aquella que se realiza como consecuencia de una patología de la madre o del feto, en la que se sospecha compromiso del bienestar fetal (profilaxis pérdida del bienestar fetal).[7]

Puede ser ante-parto o intra-parto y se recomienda la finalización del embarazo de forma rápida. El tiempo seguro entre el diagnóstico y el inicio de la cesárea no debe superar los 30 minutos.[7]

Cesárea emergente: se indicará en situaciones en las que exista un riesgo vital para la madre y/o el feto: rotura uterina, prolapso de cordón umbilical, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, placenta previa con hemorragia que comprometa el estado hemodinámico de la paciente y embolia del líquido amniótico. La extracción fetal se tendrá que realizar en menos de 15 minutos.

Indicaciones para la realización de una cesárea

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas maternas, fetales o mixtas.

Distocia de partes óseas (desproporción cefalo-pélvica): Estrechez pélvica, Pelvis asimétrica o deformada, tumores óseos de la pelvis.[7]

Distocia de partes blandas: Malformaciones congénitas, tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto, cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, dos o más cesáreas previas, cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto,

distocia de la contracción, hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta), patología materna incluyendo: pre eclampsia/eclampsia, diabetes mellitus, nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial, etcétera.[8]

Causas fetales: Sufrimiento fetal, macrosomia fetal que condiciona desproporción céfalo-pélvica, Restricción en el crecimiento intrauterino, Oligohidramnios severo, alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal, prolapso de cordón umbilical o alguna extremidad del feto, malformaciones fetales incompatibles con el parto (hidrocefalia y otras alteraciones del tubo neural, defectos de pared abdominal), embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal, cesárea post mórtem.[8]

Causas mixtas: Síndrome de desproporción cefalo-pélvica, pre eclampsia severa/eclampsia, embarazos múltiples, infección intramniótica, isoinmunización materno-fetal, mujeres con infección por el VIH/SIDA según la NOM 010 - SSA2-2010.[8]

Las principales indicaciones de la operación cesárea son:

Desproporción céfalo-pélvica

Cesárea previa

Sufrimiento fetal

Ruptura prematura de membranas

Presentación pélvica

Aunque la ruptura prematura de membranas no se considera entre las principales indicaciones médicas, en nuestro país se ha observado que esta complicación condiciona un incremento relativo en el número de cesáreas.[9]

Desproporción Céfalo-pélvica (CPD):

Se produce cuando la cabeza o el cuerpo de un bebé es demasiado grande para pasar por la pelvis de la madre. Se cree que la verdadera CPD es raro, pero muchos casos de "falta de progreso" durante el parto se les da un diagnóstico de la CPD. Cuando se han realizado pruebas para el diagnóstico de CPD se ha hecho, el tipo más seguro de la entrega para la madre y el bebé es una cesárea.[10]

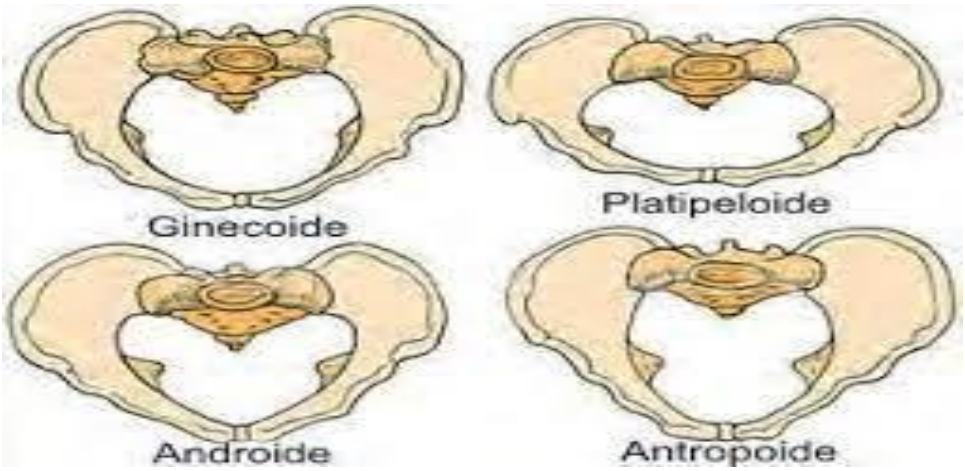
Las posibles causas de la Desproporción Céfalo-pélvica (CPD) incluyen:

Bebé grande debido a: Los factores hereditarios, diabetes, pos-madurez fetal, multi-paridad. Las posiciones fetales anormales, Pelvis pequeños, Pelvis en forma anormalmente[1]

Cesárea previa:

El aumento en la tasa de inducciones o ingreso a la maternidad en etapas precoces del trabajo de parto, también han sido asociadas a mayor tasa de cesáreas. En efecto, el diagnóstico "Falta de Progreso del Trabajo de Parto" ha pasado a ser la primera causa de esta intervención.[1]

Las cesáreas o cesárea anterior, como causa única para indicar la cesárea, es un factor cuya incidencia es alta y notoriamente progresiva. Suponemos, con verdadera alarma, que en un futuro próximo será la más frecuente de las indicaciones para practicar la intervención.[1]



[16] ANATOMÍA PÉLVICA APLICADA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA la pelvis ósea [Internet]. Edu.co. [citado el 24 de enero de 2024]. Disponible en: https://libros.univalle.edu.co/index.php/programaeditorial/catalog/download/56/7/219?inline=1

La operación cesárea estará justificada cuando son dos o más las operaciones que se hayan practicado en la nulípara, o cuando a pesar de haber sido seccionada. la matriz una sola vez, persiste la indicación que motivó la operación o existan otros factores obstétricos que hagan suponer con fundamento un parto laborioso o difícil; falta de encajamiento al término del embarazo, macrosomia fetal, estrechez o deformación pélvica, embarazo prolongado, etc.[1]

El aumento en la tasa de inducciones o ingreso a la maternidad en etapas precoces del trabajo de parto, también han sido asociadas a mayor tasa de cesáreas. En efecto, el diagnóstico “Falta de Progreso del Trabajo de Parto” ha pasado a ser la primera causa de esta intervención.[1]

Contraindicaciones para permitir el parto vaginal en mujeres con cesárea previa:

• Antecedente de dos o más cesáreas previas segmento arciforme

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

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

• Antecedentes de ruptura uterina o dehiscencia de histerorrafia

• Pelvis no útil clínicamente En embarazos pretérmino y Postérmino, gemelares o con productos macrosómicos, se valorará cuidadosamente el caso.

Sufrimiento fetal:

Sufrimiento fetal se ha utilizado para describir cuando el feto no recibe suficientes cantidades de oxígeno durante el embarazo o parto.[12]

El sufrimiento fetal se confunde comúnmente con la asfixia de parto de término. Asfixia del nacimiento se produce cuando el bebé no tiene cantidades adecuadas de oxígeno antes, durante o después de la mano de obra.[12]

Esto puede tener múltiples causas, algunas de las cuales incluyen niveles bajos de oxígeno en la sangre de la madre o disminución del flujo sanguíneo debido a la compresión del cordón umbilical.

Condiciones que conllevan a un sufrimiento fetal.

El sufrimiento fetal se confunde comúnmente con la asfixia de parto de término. Asfixia del nacimiento se produce cuando el bebé no tiene cantidades adecuadas de oxígeno antes, durante o después de la mano de obra.

Esto puede tener múltiples causas, algunas de las cuales incluyen niveles bajos de oxígeno en la sangre de la madre o disminución del flujo sanguíneo debido a la compresión del cordón umbilical. [1]

En los que se pueden incluir:

1. Anemia (la condición obstétrica más frecuente vista detrás de estado fetal inestable)
2. Oligohidramnios (una condición en la cual hay un nivel bajo de líquido amniótico alrededor del feto (menor a 500cc))
3. Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE)
4. Embarazo Postérmino (42 semanas o más)
5. Retraso de crecimiento intrauterino (RCIU)
6. Líquido amniótico teñido de meconio (una condición que meconio, la primera deposición del bebé, está presente en el líquido amniótico y puede bloquear las vías respiratorias fetales)[1]

Ruptura prematura de membranas:

La RPM es la pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico trans-vaginal que se presenta antes del inicio del trabajo de parto.[13] Existen dos categorías generales:

1. Ruptura de membranas a término: aquella que ocurre después de las 37 semanas de gestación.

2. Ruptura de membranas pretérmino: la que se presenta antes de las 37 semanas de gestación, que a su vez se clasifica en:

- Previable (≤23 semanas),
- Remota del término (de las 24 a las 32 semanas)
- Cercana al término (de las 33 a las 36 semanas) [13]

Estudios epidemiológicos y clínicos han identificado una serie de factores que incrementan el riesgo de RPM. Estos incluyen:

Infecciones del tracto reproductivo materno (vaginitis bacteriana, por tricomonas, gonorrea, clamidia y corioamnioitis oculta); conductuales (tabaquismo, abuso de substancias, estado nutricional y relaciones sexuales); complicaciones obstétricas (embarazo múltiple, Polihidramnios, incompetencia itsmico cervical, cotizaciones, hemorragias durante el embarazo y trauma durante el embarazo) y cambios ambientales.[13]

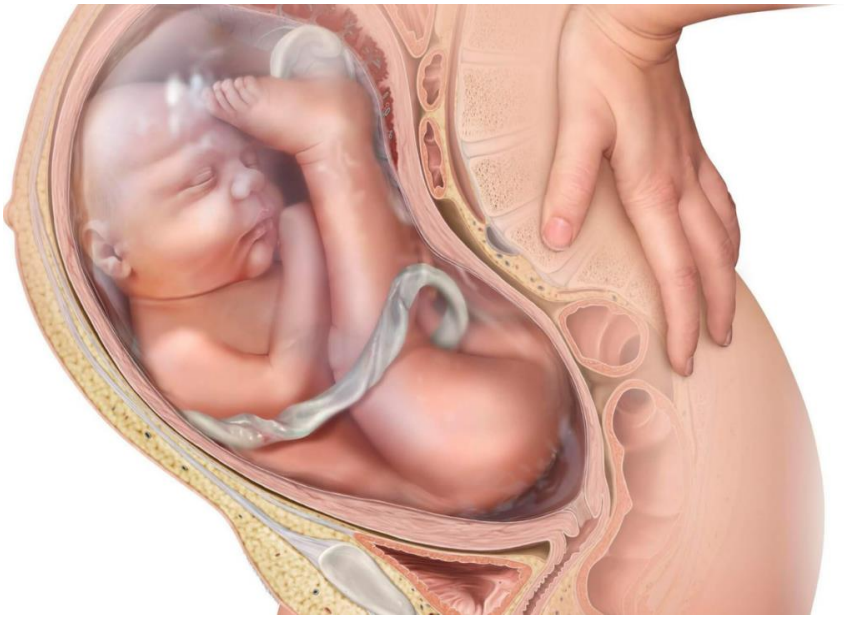
[17] Rotura prematura de membranas pretérmino [Internet]. iVoox. [citado el 24 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.ivoox.com/rotura-prematura-membranas-pretermino-audios-mp3_rf_86334564_1.html

Presentación Pélvica.

Elegir la vía del parto en las gestantes con presentación pelviana, aun hoy, es una gran disyuntiva para el obstetra.[15]

En los últimos 30 años ha ido incrementándose paulatinamente la cesárea como vía del nacimiento en estos casos, y en la actualidad hay instituciones donde todas las pelvianas son operadas, con el objetivo de obtener mejores resultados perinatales.[15]

Por otra parte, en el deseo de mejorar los resultados neonatales no siempre tenemos en cuenta, en toda su magnitud, los riesgos maternos, y es menester recordar que la operación cesárea tiene un lugar de privilegio entre las principales causas de muerte materna.[14]



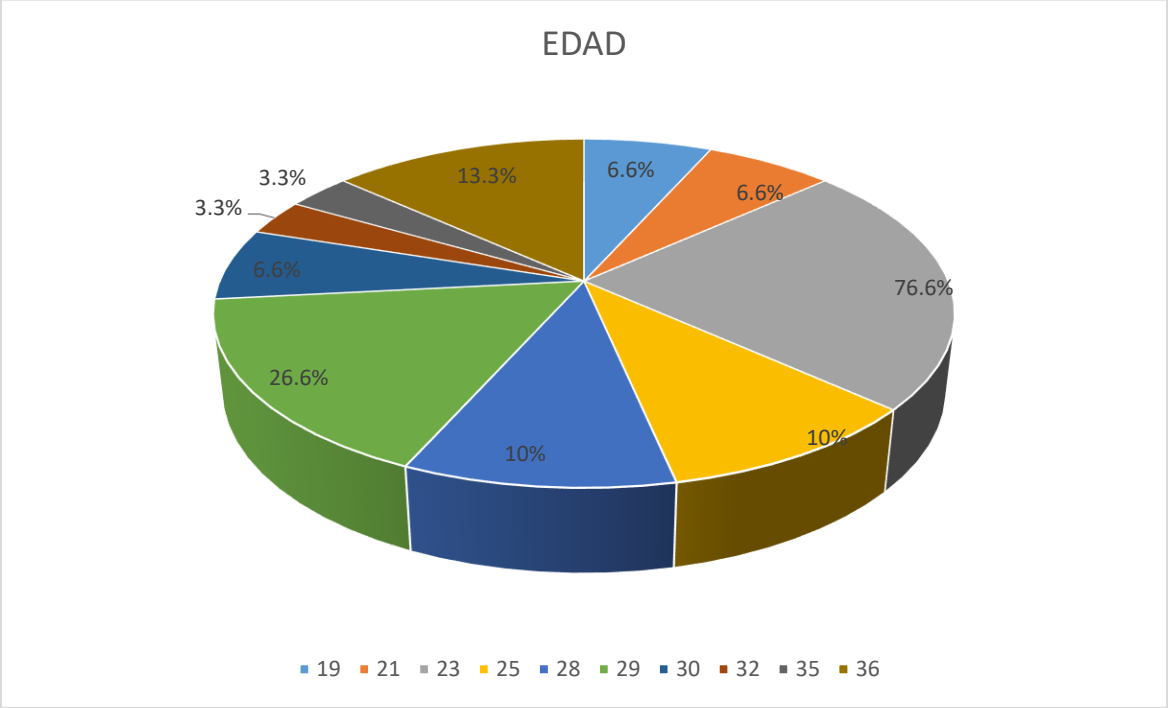
[18] Significado y consecuencias del PARTO de NALGAS [Internet]. Conocernos. jomanromero; 2022 [citado el 24 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.jomanromero.com/consecuencias-del-parto-de-nalgas/

Las causas del aumento en la tasa de cesáreas son multifactoriales, pero existe una clara tendencia al incremento de primeras cesáreas junto a una disminución de partos vaginales post cesáreas y un notorio decrecimiento en la tasa de partos. [11]

X. Resultados

10.1 GRÁFICA 1.

Fuente directa, se obtuvo de la encuesta aplicada en hospitales privados en el periodo de noviembre a diciembre del 2023.

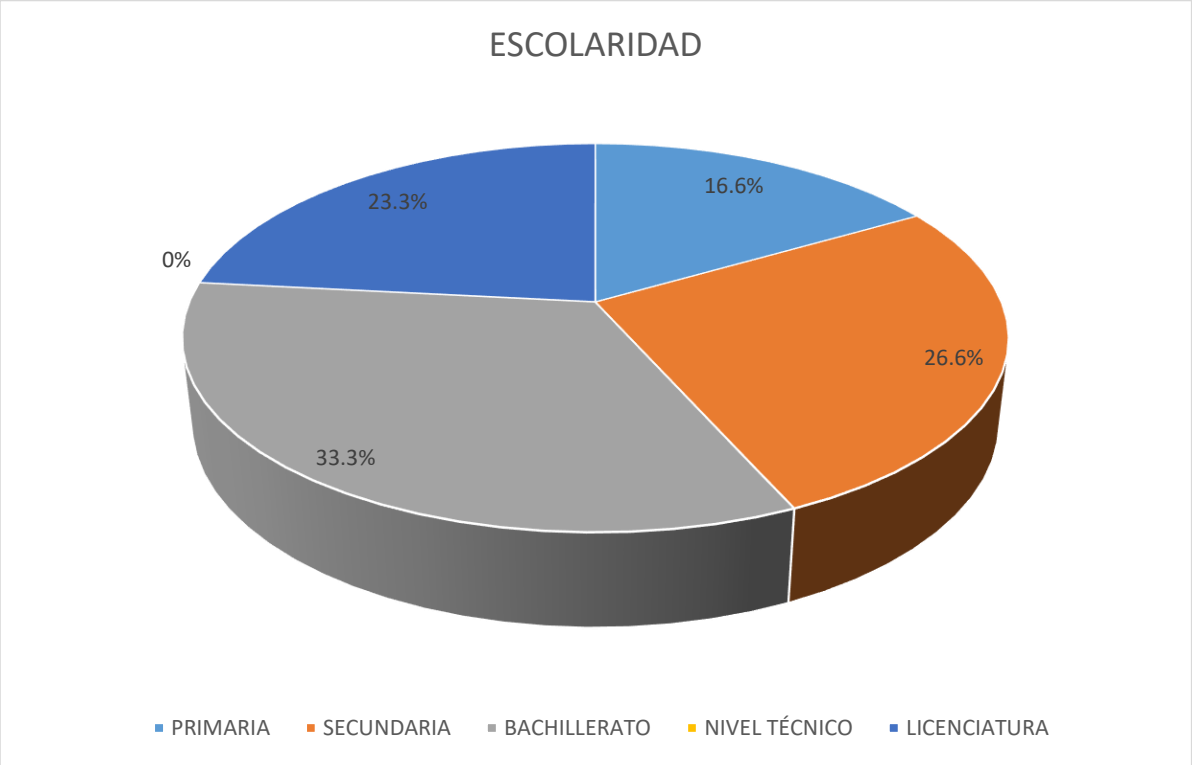


Se realizó una encuesta a 30 mujeres en etapa gestante de las cuales se obtuvo que la mayoría de estas son de 23 años abarcando un 76.6% de la población en cuestión, del mismo modo se obtuvo que las mujeres de mayor edad, es decir, de 32 y 35 años, abarcan la minoría de la población con un 3.3% respectivamente. Puntualizando que el resto de la población se encuentra en edad reproductiva electiva con los siguientes porcentajes:

19 años – 6.6%, 21 años – 6.6%, 25 años – 10%, 28 años – 10%, 29 años – 16.6, 30 años – 6.6%, 36 años – 13.3%

10.2. GRÁFICA 2.

Fuente directa, se obtuvo de la encuesta aplicada en hospitales privados en el periodo de noviembre a diciembre del 2023.

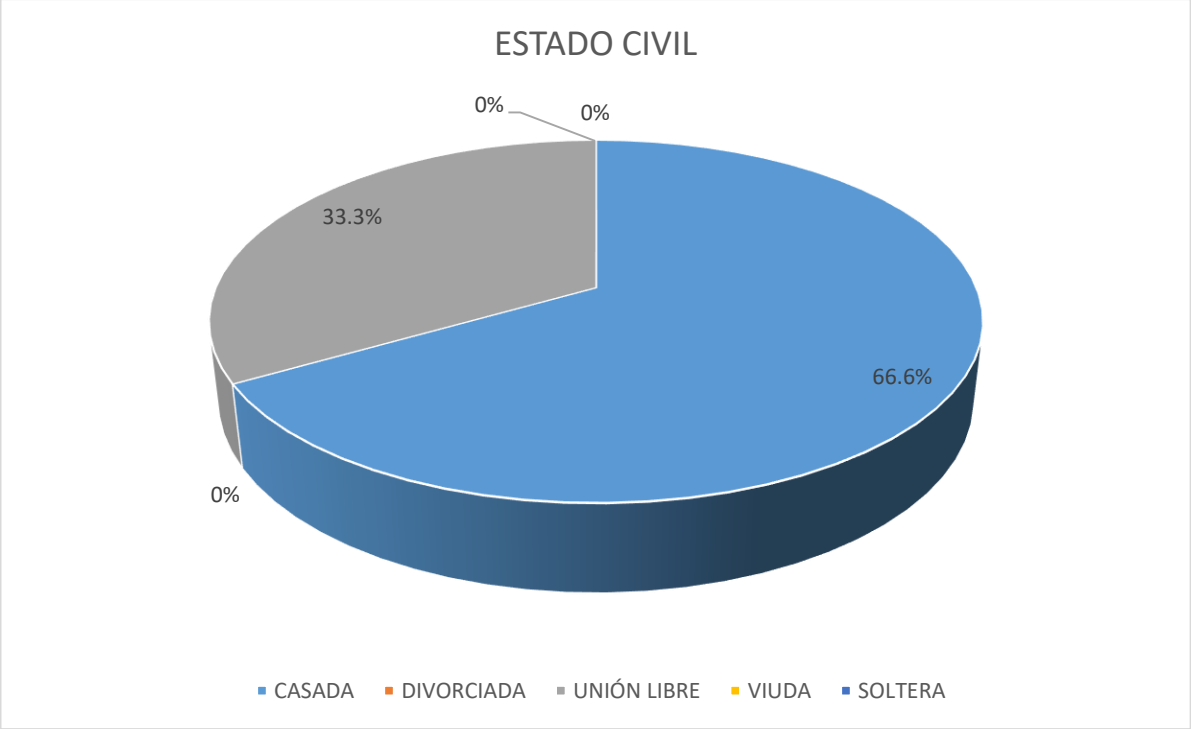


Se realizó una encuesta a 30 mujeres en etapa gestante para conocer el grado de escolaridad en el cual se presentan la mayoría de los embarazos, arrojando que la mayoría de la población cursó y terminó el nivel bachillerato con un 33.3% y tan solo el 23.3% terminó una carrera con licenciatura, el resto de la población abarca el 16.6% (primaria) y el 26.6% (secundaria).

Siguiendo estos datos podemos analizar que el hecho de no terminar los estudios hasta un nivel superior conlleva a una reducción en la información pues se encuentra como limitante durante los procesos explicativos aplicados en cada situación durante el control prenatal y/o término del embarazo.

10.3 GRÁFICA 3.

Fuente directa, se obtuvo de la encuesta aplicada en hospitales privados en el periodo de noviembre a diciembre del 2023.

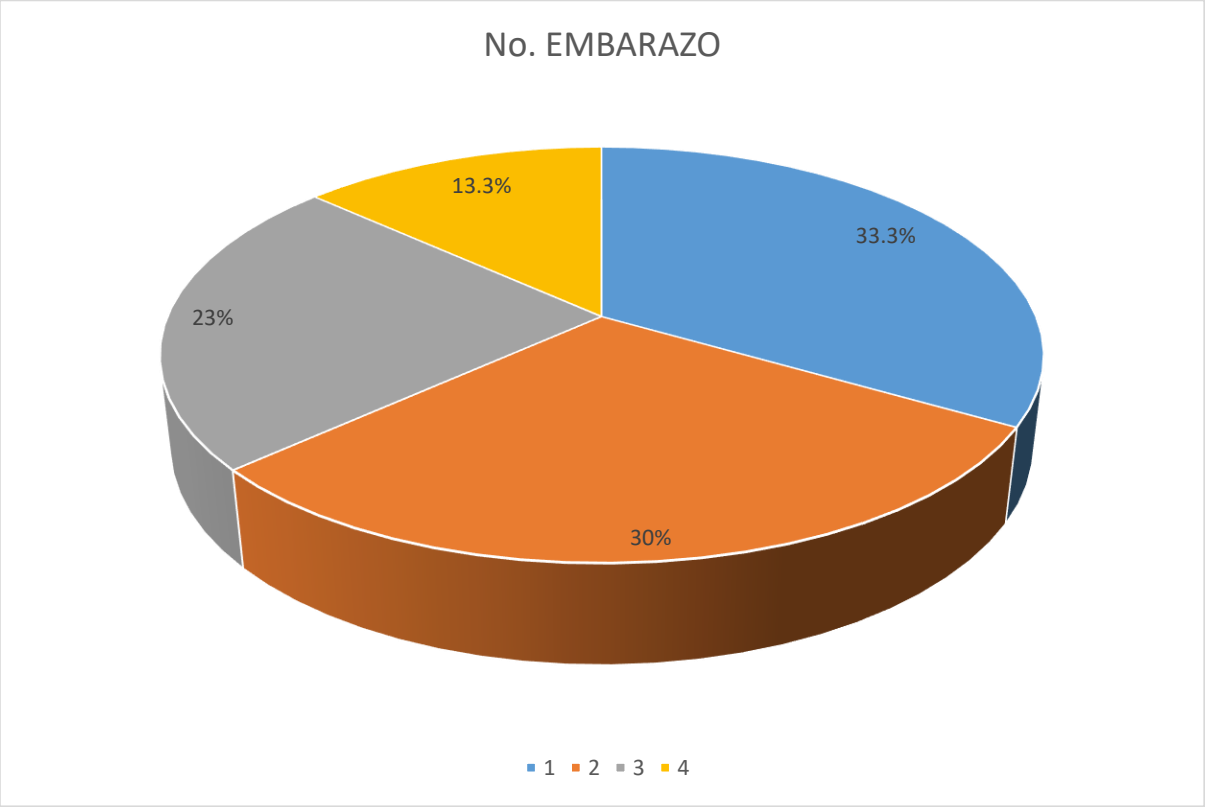


Se realizó la encuesta a 30 mujeres en etapa gestante, al momento de interrogar el estado civil, se obtuvo que el 66.6% de las mujeres son mujeres casadas, el 33.3% son mujeres en unión libre, sin más datos agregados tales como divorcios, viudez, o soltería.

Resaltando con el mayor porcentaje el grupo de mujeres casadas, se concluye que esto conlleva a una toma de decisión con mayor firmeza puesto que el hecho de contar con el respaldo de una pareja en la cual se cuenta con comunicación efectiva, han demostrado mayor conocimiento y capacidad para la toma de decisiones durante el periodo prenatal.

10.4. GRÁFICA 4.

Fuente directa, se obtuvo de la encuesta aplicada en hospitales privados en el periodo de noviembre a diciembre del 2023.

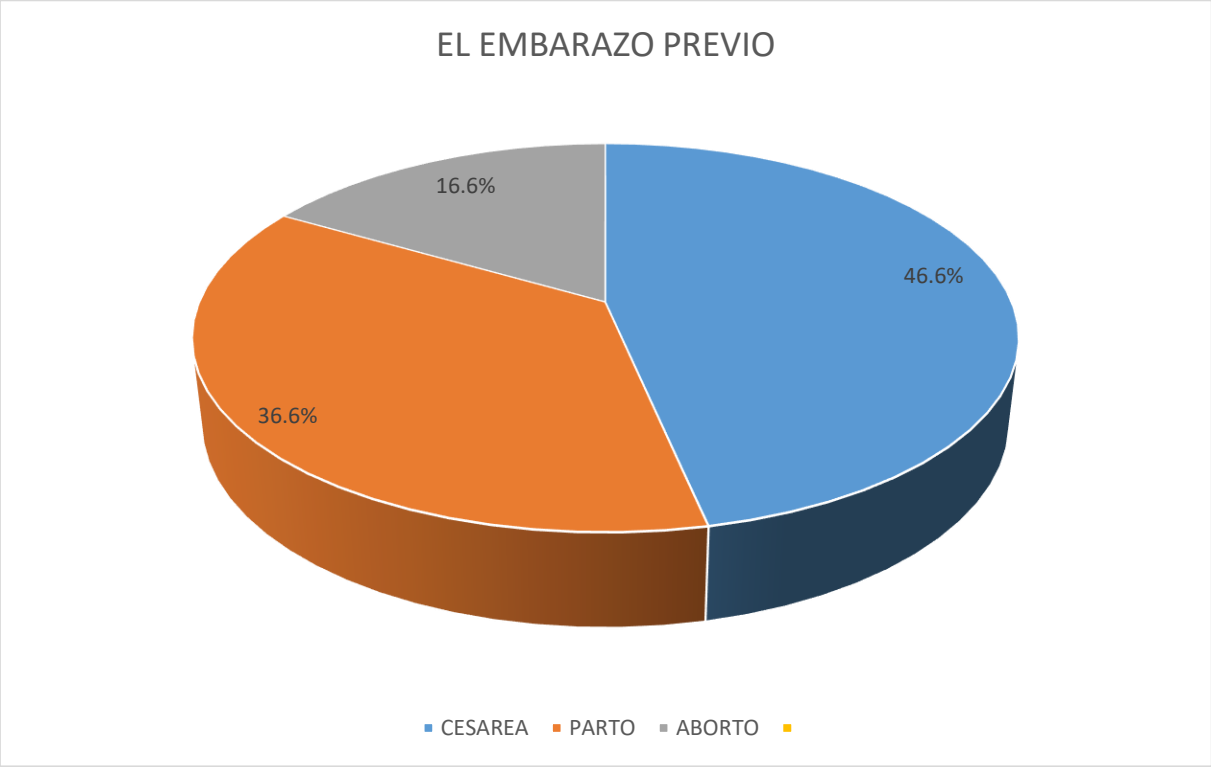


Durante la encuesta realizada a 30 mujeres en etapa gestante se analizó el número de embarazos, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados, el 33.3% de las mujeres en estudio son primigestas, el 30% cursan su segundo embarazo y el 23% y 13.3% son multigestas con 3 y 4 embarazos respectivamente.

De los cuales se puede deducir que aquellas mujeres que cursan en sus primeros embarazos son más propensas a una falta de información entre un parto vaginal y un parto instrumentado, considerando que la psique es uno de las variables del trabajo de parto, la inexperiencia personal reduce esta posibilidad y aumenta aquellos factores como el miedo, las experiencias ajenas y en ocasiones la falta de apoyo familiar.

10.5. GRÁFICA 5.

Fuente directa, se obtuvo de la encuesta aplicada en hospitales privados en el periodo de noviembre a diciembre del 2023.

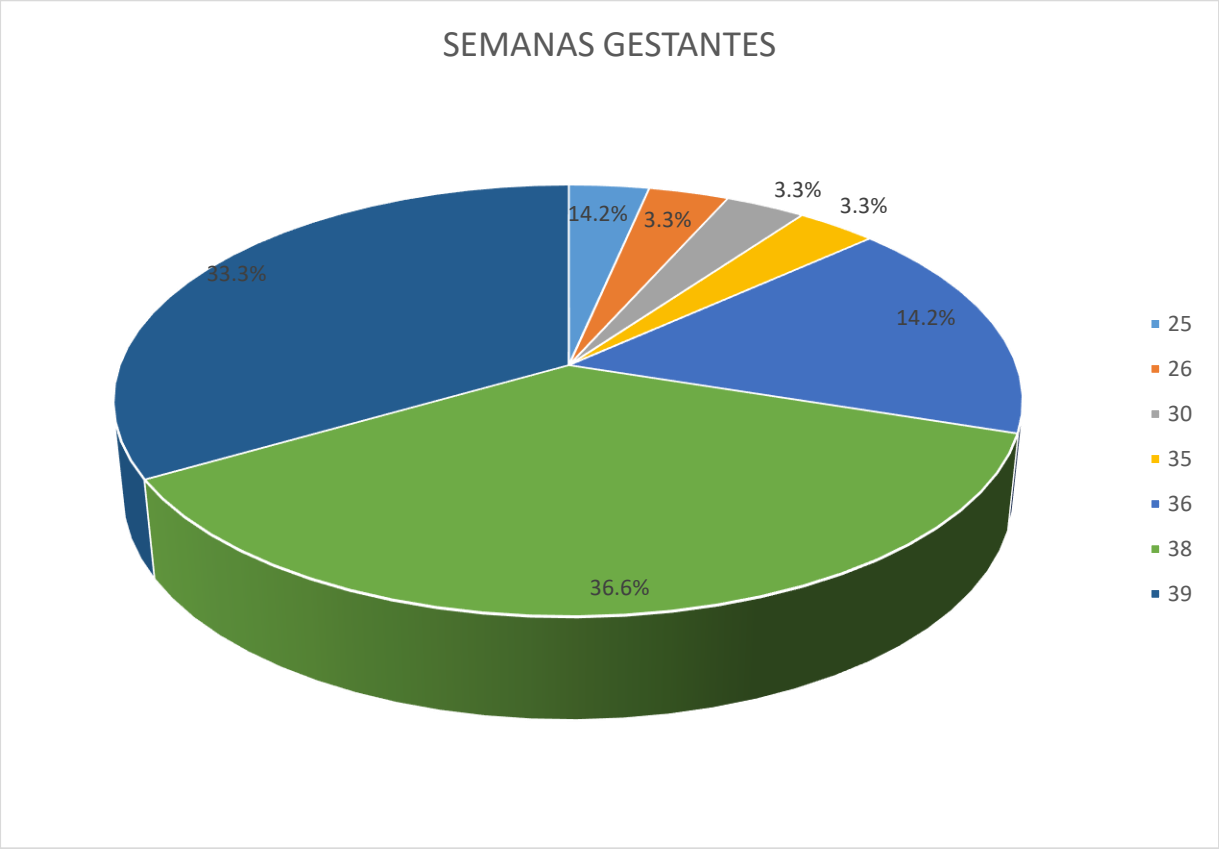


Dentro de la encuesta que se realizó a las 30 mujeres en etapa gestante, cuestionando la cantidad de embarazos previos, se obtuvo que el 46.6% de las mujeres tuvieron parto instrumentado o cesárea, y según las causas, esta cifra nos presenta un alto índice de estos eventos obstétricos, con los cuales las mujeres prefieren un parto instrumentado para sus posteriores embarazos, debido a que es más factible elegir un lugar específico de nacimiento, o incluso hasta una fecha en particular.

La cantidad de embarazos previos que culminaron en parto vaginal fue de 36.6%, es decir, 10% por ciento menos que aquellas que recibieron parto instrumentado, lo que refleja una tasa de mortalidad considerable para que la mujer cumpla con el embarazo a término y se opte por un parto fisiológico y tan solo el 16.6 % presentaron aborto, lo cual es un índice bajo, considerando el número de mujeres encuestadas.

10.6. GRÁFICA 6.

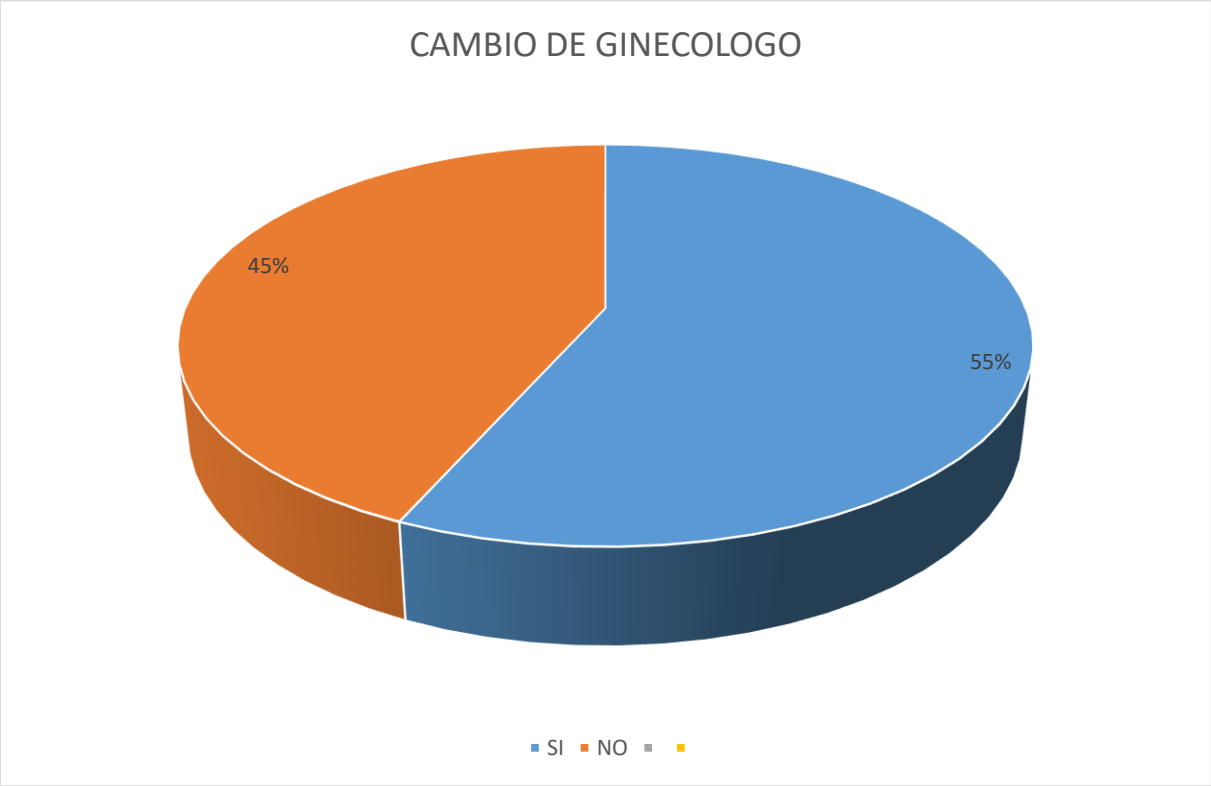
Fuente directa, se obtuvo de la encuesta aplicada en hospitales privados en el periodo de noviembre a diciembre del 2023.



De las 30 mujeres encuestadas para fines de estudio de este caso, se obtuvo que el 36.6% fueron embarazos de 38 semanas y el 33.3% fueron de 39 semanas, lo cual nos explica que la mayoría de porcentaje de embarazo llegan a término, lo cual facilita la decisión de realizar parto instrumentado o parto vaginal, puesto que en caso contrario, el resto de los embarazos fueron interrumpidos en las semanas 25 (3.3%), 26 (3.3%), 30 (3.3%), 35 (3.3%) y 36 (14.2%), esto nos presenta una incidencia considerable en partos prematuros que por alguna causa médica ese embarazo debe ser interrumpido a través de parto instrumentado, disminuyendo la incidencia de partos vaginales.

10.7. GRÁFICA 7.

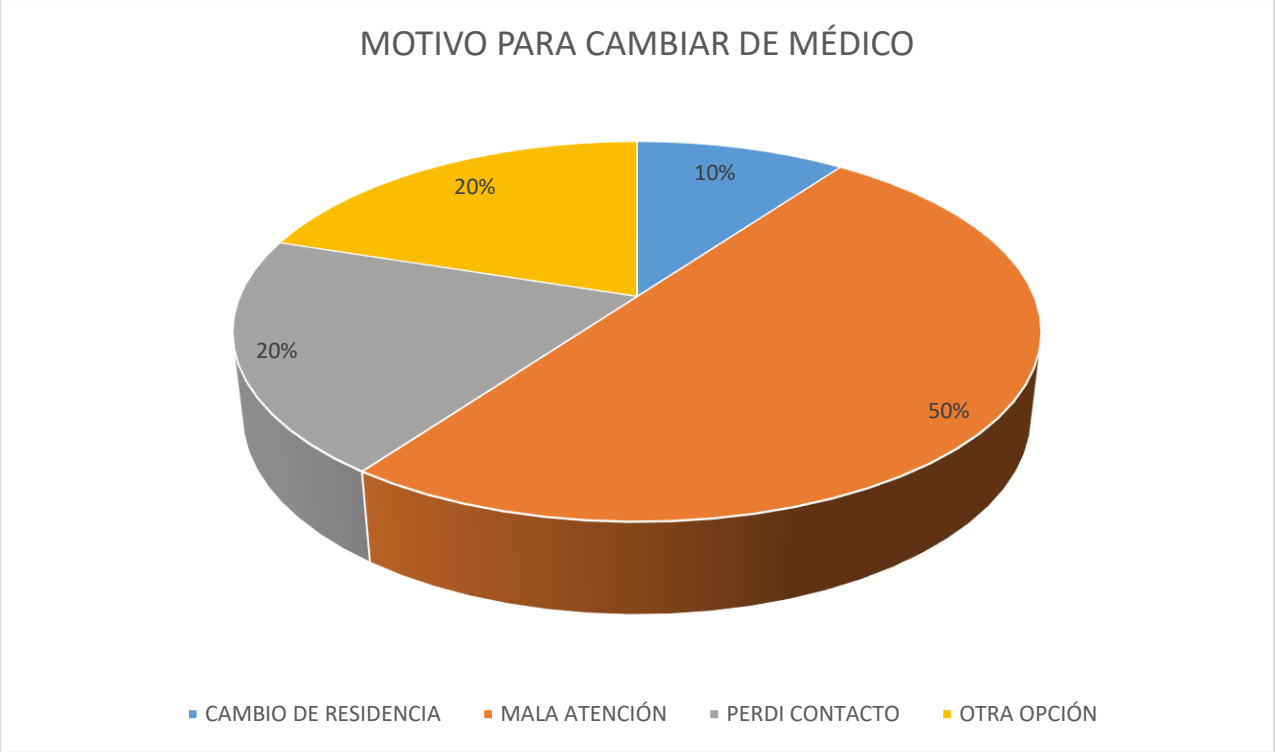
Fuente directa, se obtuvo de la encuesta aplicada en hospitales privados en el periodo de noviembre a diciembre del 2023.



Durante la encuesta realizada a las 30 mujeres en etapa gestante, se les cuestiono a las pacientes acerca de recibir atención con el mismo médico ginecólogo que en los embarazos previos, en las primigestas esta evaluación no fue aplicada, puesto que cursan su primer periodo prenatal, sin embargo, de las 20 pacientes multigestas restantes, se analizó que la mayoría de las pacientes (55%) tuvieron que realizar un cambio de ginecólogo, por diferentes motivos reflejados en la siguiente gráfica. Lo cual conlleva a sufrir un proceso de adaptación por las distintas maneras de trabajo que presenta cada médico en el periodo pre y post natal. El resto de las pacientes (45%) manifestó seguir con su médico tratante sin ningún impedimento.

10.8. GRÁFICA 8.

Fuente directa, se obtuvo de la encuesta aplicada en hospitales privados en el periodo de noviembre a diciembre del 2023.

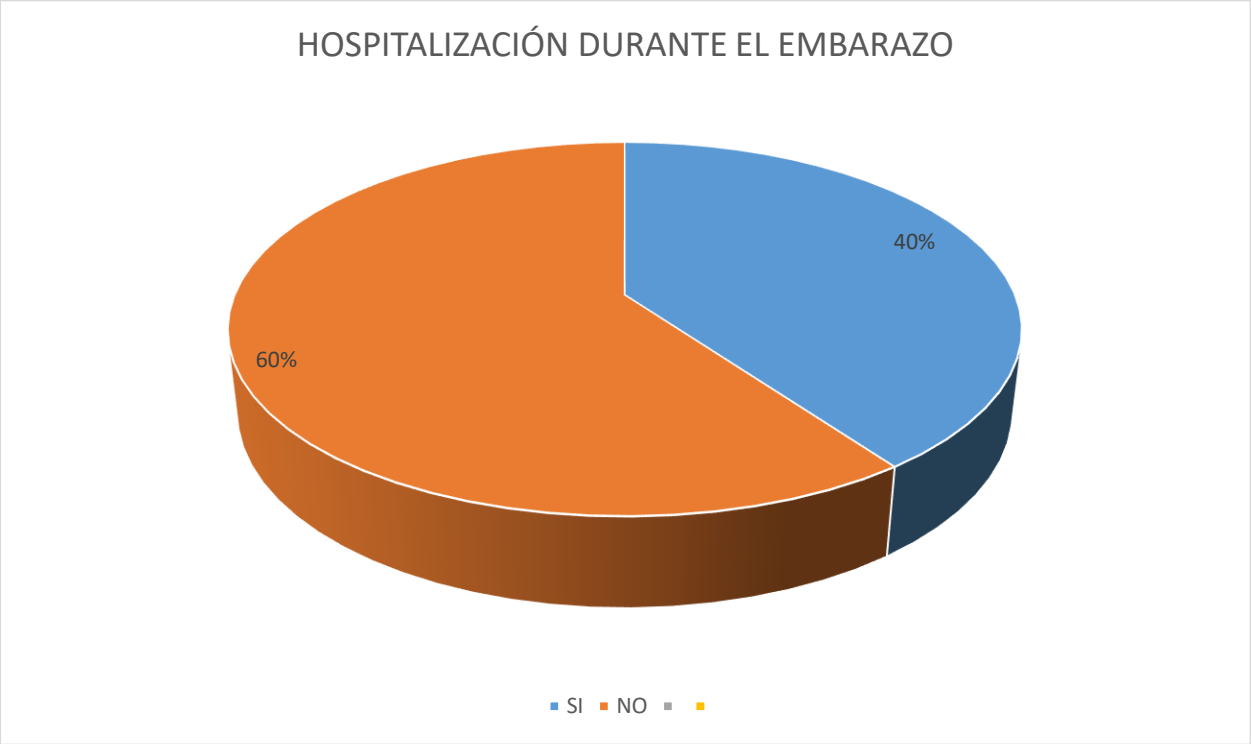


Durante la encuesta realizada a 30 mujeres en etapa gestante, 20 de ellas decidieron cambiar al ginecólogo, al momento de cuestionarles sobre sus razones para cambiar de médico tratante, se obtuvo que el 50% de ellas tomaron la decisión por un mal trato, esto va derivado acerca de la poca información que recibían en el periodo prenatal, y la mayoría argumentaron que les explicaban muy poco los procesos, los pros y los contras de las situaciones que se presentaban durante el embarazo.

El 20% argumentaron que perdieron contacto con el médico que les llevo el control prenatal previo, lo cual las llevo a buscar otro médico tratante y sin obtener las mismas garantías y/o resultados, el 10% refirieron haber cambiado de residencia, por lo cual permanecer con el mismo médico parecía imposible, y el 20% solo comentaron que por otras opciones y situaciones que se limitaron a responder decidieron cambiar de médico.

10.9. GRÁFICA 9.

Fuente directa, se obtuvo de la encuesta aplicada en hospitales privados en el periodo de noviembre a diciembre del 2023.

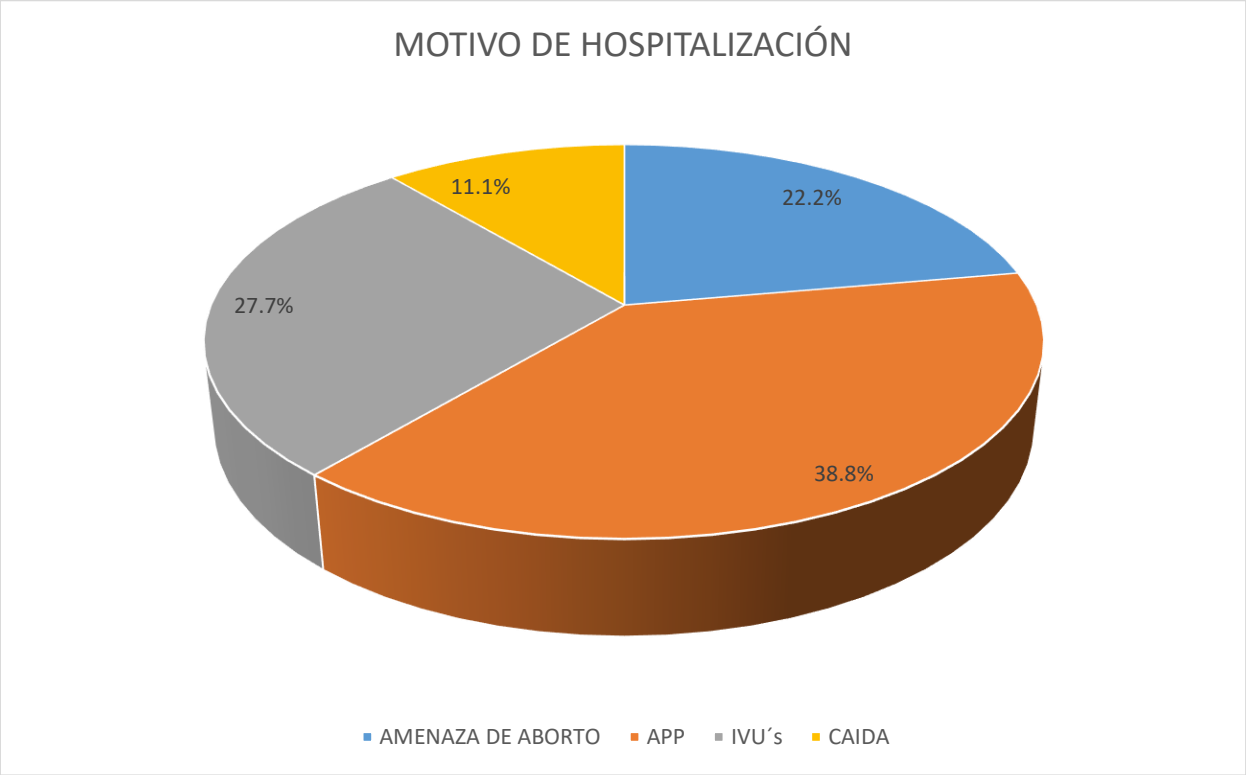


Durante la encuesta realizada a 30 mujeres en etapa gestante, el 60% requirió atención hospitalaria ya sea por caída, infección de vías urinarias o amenaza de parto prematuro, lo cual aumenta la tasa de incidencia para realizar un parto instrumentado.

El 40% restante no requirió atención durante la etapa prenatal, cursando con un embarazo a término y sin factores de riesgo evidentes, motivo que facilita y presenta aspectos favorables para realizar un parto vaginal.

10.10. GRÁFICA 10.

Fuente directa, se obtuvo de la encuesta aplicada en hospitales privados en el periodo de noviembre a diciembre del 2023.

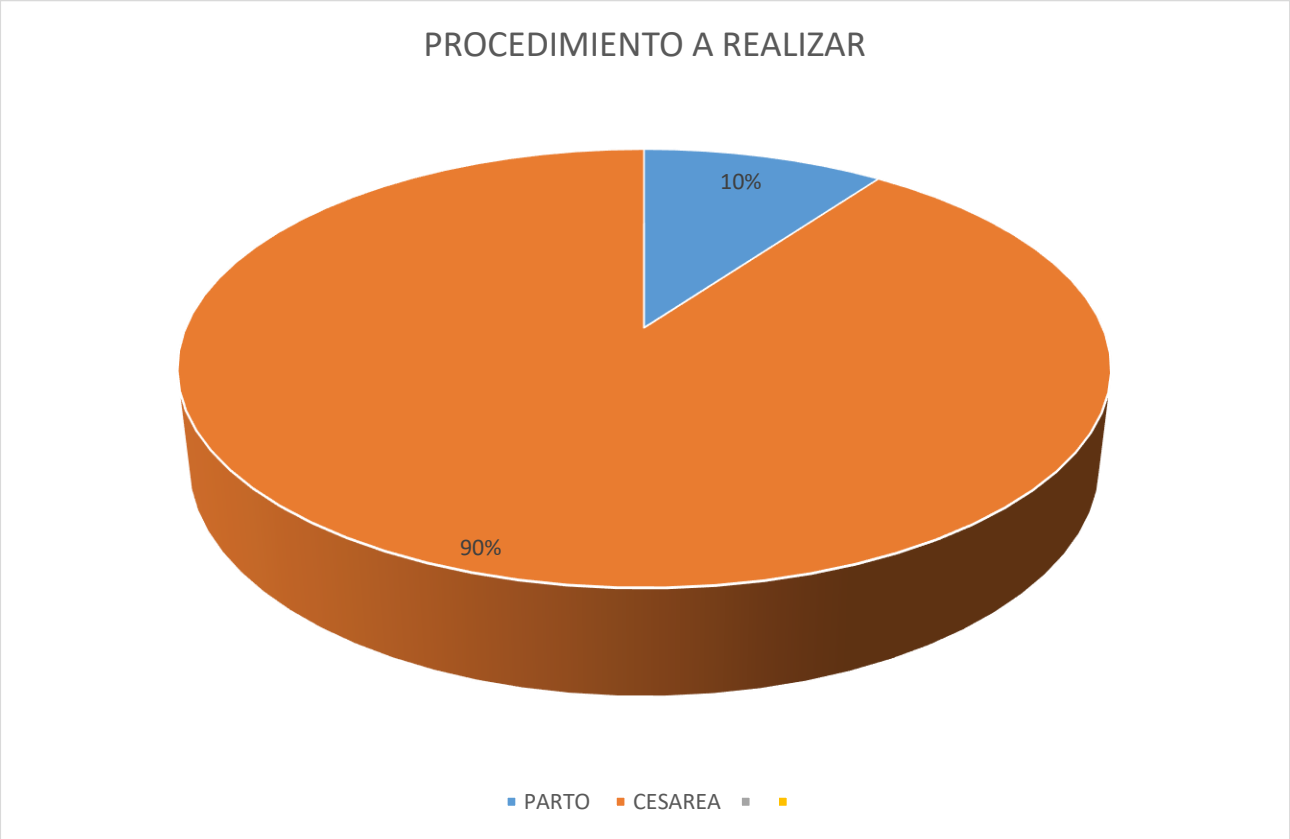


Dentro del grupo de mujeres que fue hospitalizadas (18), se les cuestiono a cerca de los motivos por los cuales se vieron en la necesidad de solicitar o requerir atención hospitalaria, de este grupo se obtuvo que el 22.2% fueron hospitalizadas por amenaza de aborto, el 38.8% % manifestaron haber requerido atención médica por amenaza de parto prematuro, el 27.7% por una infección de vías urinarias, y tan solo el 11.1% solicito atención por sufrir una caída.

Esto nos explica las causas más probables para realizar un parto instrumentado, debido a que la tasa de incidencia de amenaza de aborto y amenaza de parto pretérmino va en crecimiento, el riesgo de sufrimiento fetal es mayor, razón por la cual se ve más beneficioso realizar parto instrumentando y darle manejo clínico al recién nacido en una unidad de cuidados intensivos neonatales.

10.11 GRÁFICA 11.

Fuente directa, se obtuvo de la encuesta aplicada en hospitales privados en el periodo de noviembre a diciembre del 2023.



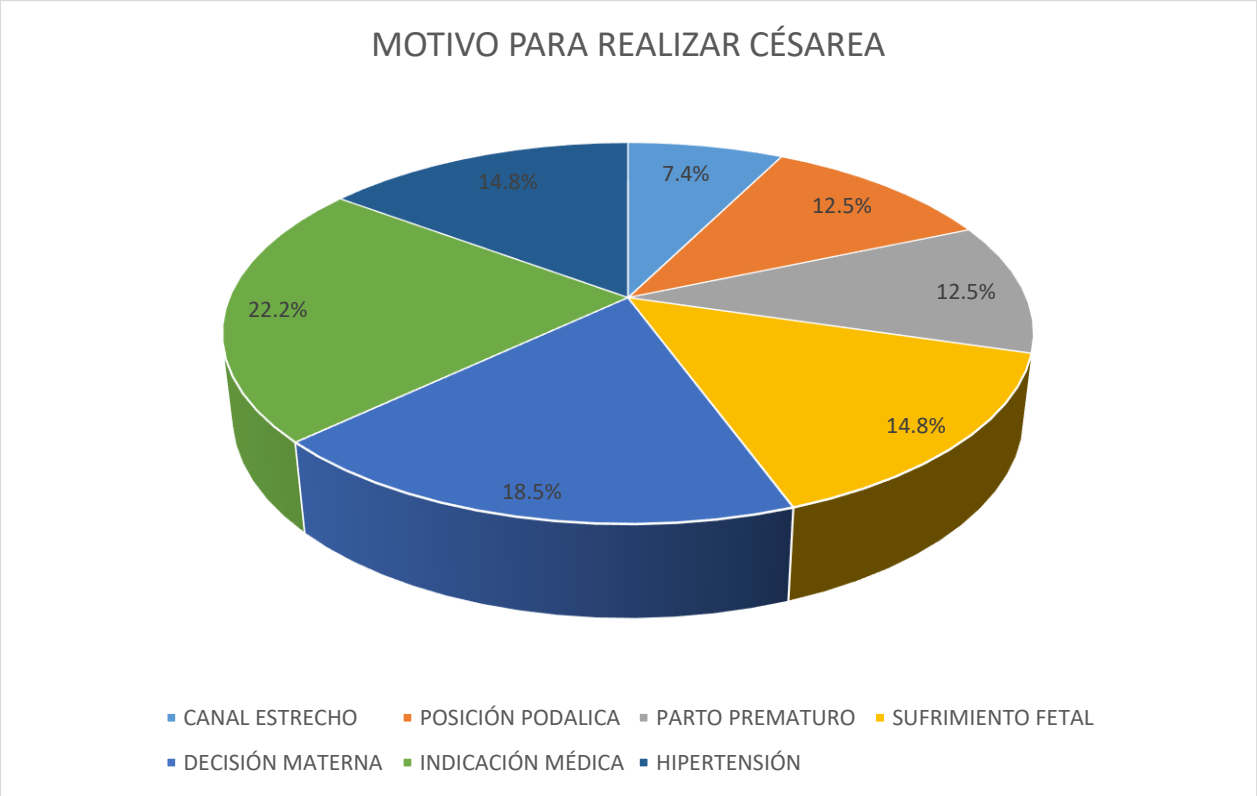
De acuerdo a las 30 encuestas realizadas a las pacientes en etapa gestante se obtuvo que al 90% de ellas se les practico cesárea, y tan solo un 10% tuvieron un parto fisiológico.

Esto nos permite identificar el aumento considerable de la realización de un parto instrumentado, que se ha presentado en los últimos años en el sector privado de salud, ya que si tomamos en cuenta las estadísticas permitidas de la OMS (10-15%) y la NOM 007 (15-20%), se aprecia un descenso importante en la práctica de parto fisiológico.

Esto conlleva un aumento incluso, en el costo en materia de salud, puesto que se ve reflejado en el consumo hospitalario, además de aumentar la tasa de morbi-mortalidad materna y fetal.

10.12. GRÁFICA 12.

Fuente directa, se obtuvo de la encuesta aplicada en hospitales privados en el periodo de noviembre a diciembre del 2023.



Durante la encuesta realizada al grupo de mujeres en etapa gestante que se les práctico parto instrumentado o cesárea, se obtuvo que a un total de 27 pacientes fue a quienes se les práctico dicho procedimiento, siendo el mayor valor el de indicación médica con un 22.2%, puesto que los médicos tratantes eran quienes decidían el procedimiento sin darle muchas opciones a las embarazadas en cuestión, argumentando que era un procedimiento electivo, eficaz y seguro.

El 18.5% de partos instrumentados fue realizado por decisión materna, derivado de los eventos previos que ya habían tenido, además de ser un procedimiento de elección en donde se puede elegir incluso una fecha exacta de nacimiento.

Con un 14.8% abarcan el sufrimiento fetal y la hipertensión, es decir, que ambas situaciones había riesgo importante de sufrimiento del producto, motivo por el cual, con la intención de evitar complicaciones materno-fetales, se eligió el parto instrumentado.

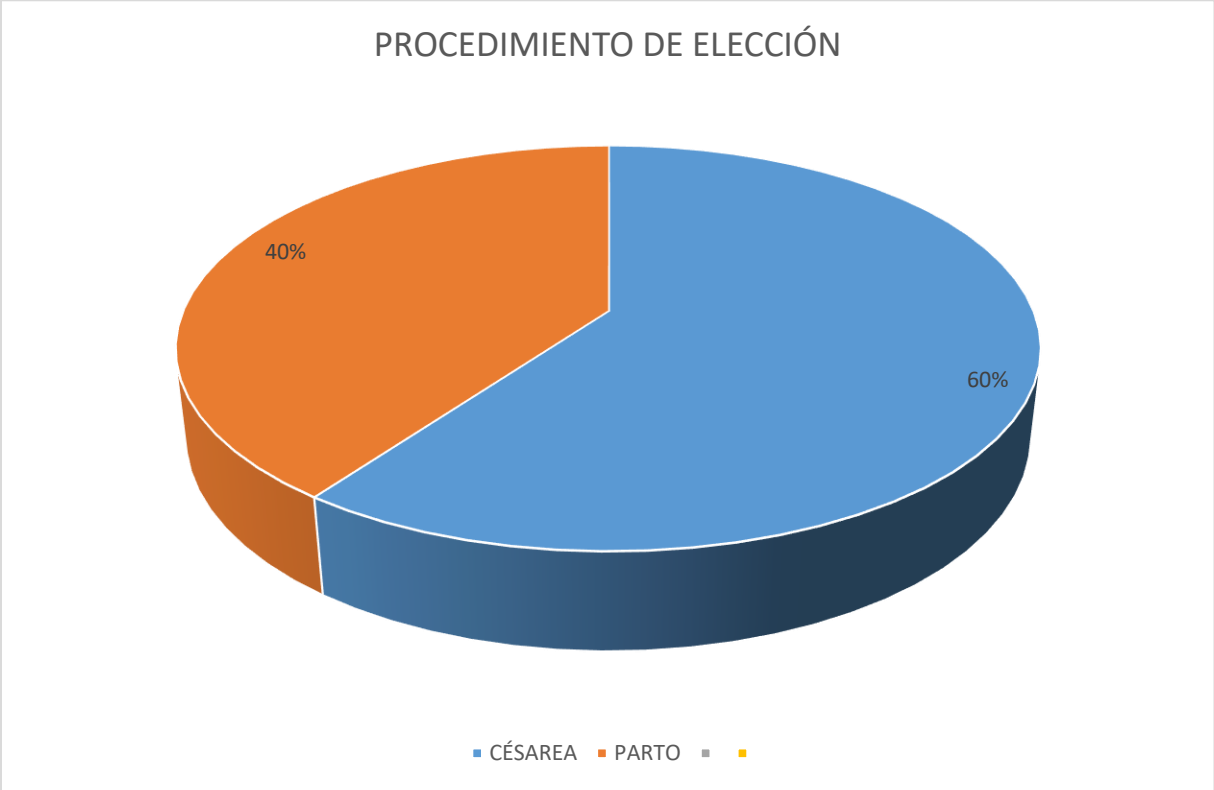
Con un porcentaje menor de 12.5% se incluye la posición podálica y el parto prematuro, siendo este último de mayor riesgo si nos referimos al producto, puesto que,

de acuerdo a las indicaciones, el nacimiento prematuro aumenta la tasa de mortalidad en el producto, además de aumentar el gasto económico en materia de salud, el requerir la utilización de una unidad de cuidados intensivos neonatales.

Y por último se presenta el canal estrecho, abarcando el 7.4%, siendo este el de menor riesgo, debido a los avances en la tecnología médica, se puede anticipar este evento mediante una pelvimetría durante el control prenatal y de esta manera identificar el tipo de pelvis materna que presenta la paciente, y así definir una vía de salida o elegir el procedimiento que mejor convenga tanto para madre como a producto.

10.13. GRÁFICA 13.

Fuente directa, se obtuvo de la encuesta aplicada en hospitales privados en el periodo de noviembre a diciembre del 2023.



Al momento de realizar la encuesta a las 30 pacientes en cuestión, se les interrogó sobre la oportunidad de elegir entre un parto fisiológico y un parto instrumentado, siendo mayor este último con un 60% puesto que argumentaron mayor comodidad al elegir un día y hora exacta de nacimiento, siempre y cuando el control prenatal así lo permitiera, además de mencionar que era menos traumático para la pareja al momento del acompañamiento durante el procedimiento.

El 40% restante optaron por elegir el parto fisiológico pues argumentaron que era una recuperación más rápida y menos dolorosa, además de estimular los procesos fisiológicos que conlleva el parto, tales como el descenso de la leche para la alimentación al seno materno y la involución uterina.

XI. Discusión / Conclusión

Considerando las medidas y esfuerzos realizados a nivel nacional e internacionalmente para disminuir la realización de la operación cesárea como un recurso para finalizar la gestación. El índice elevado de pacientes a las cuales se les realizo la operación cesárea se encuentra presente en este estudio tomando en cuenta que se obtuvieron estadísticas arriba del 50% lo cual nos indica un aumento en comparación de lo recomendado por la OMS que nos dice que los hospitales deberían tener un registro del 10 al 15% de cesáreas, y la NOM 007 la cual menciona una prevalencia del 15% en hospitales de segundo nivel de atención y 20% en tercer nivel.

Es importante considerar que la frecuencia de cesáreas en el sector privado donde se realizaron las encuestas para este estudio, durante el periodo noviembre-diciembre del 2023 fue del 90%, y de acuerdo a las investigaciones, en un estudio realizado en el hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social N°221, se obtuvo un porcentaje de este procedimiento del 43.5% en el periodo de enero del 2013 a diciembre del mismo año.

Con los resultados obtenidos por medio de las encuestas, de acuerdo al motivo para finalizar un embarazo por medio de cesárea, no se cumplen las indicaciones para llevar acabo la tal cirugía, ya que no están bien justificadas de acuerdo a las normas establecidas; en su mayoría solo son signos o deseos como tal de las paciente y médicos. Por tal motivo la incidencia ha ido en aumento por un diagnostico mal citado que no cumple con los parámetros establecidos por la NOM-007 y la OMS.

De acuerdo a las manifestaciones de pacientes, ellas prefieren una cesárea, esto debido a la experiencia o conocimientos que tienen de terceras personas, y la probabilidad que este procedimiento les da de elegir el día y la hora del nacimiento del producto.

Entonces tenemos como conclusión que cada vez hay más intervenciones quirúrgicas para dar por terminado un embarazo, sin tomar en cuenta los riesgos que pueden tener tanto la madre como el producto.

Las tasas de cesáreas no son homogéneas y en nuestro país existe un claro predominio de las intervenciones que son cubiertas por seguros privados y no públicos, haciendo la situación más compleja aún desde una perspectiva económica y financiera.

Y tomando en cuenta el costo-beneficio que se tiene en el sector privado, las pacientes manifiestan sentirse más seguras durante la atención médica a lo largo del proceso gestante, sin importar la decrecencia económica que les pueda generar; ya que, al recibir atención médica en el sector público, refieren mayor tiempo de espera para ser atendidas, mayor número de pacientes, e incluso disminución en la calidad de la atención intrahospitalaria.

XII. Bibliografía.

[1]Arias Rosano C.E. y Salinas González M. A. *Operación cesárea y sus indicaciones en el hospital de ginecología y obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 221 en el periodo comprendido de enero 2013 a diciembre 2013*. [Tesis licenciatura] [Toluca, Estado de México]: Universidad Autónoma del Estado de México Facultad de Medicina; 2014. Disponible en: http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14954/419532.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[2] Lugones M. *La cesárea en la historia*. Rev Cubana Obstet Ginecol.2001; p. 53-56.

[3] Tacuri Ceballos C, Matorras Weinig R, Nieto Díaz A, Ortega Gálvez A. *Historia de la cesárea*. Tokoginecol 1997: p. 93-129

[4] de México R de G y. *O. Índice de Robson: riesgo de cesárea en un centro de primer nivel en México* [Internet]. Org.mx. [citado el 24 de enero de 2024]. Disponible en: https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/indice-de-robson-riesgo-de-cesarea-en-un-centro-de-primer-nivel-en-mexico.

[5] Olivares-Albornoz CM. *El rol histórico de la cesárea y su relación con la mortalidad materna.* Revista Perinatología y Reproducción Humana [Internet]. 2022 [citado el 24 de enero de 2024];35(3):99–103. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372021000300099

[6] La clasificación de Robson: *Ejemplo de informe tabular de Robson y su interpretación.* 2017 [citado el 24 de enero de 2024]; Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/49657

[7] Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. *Cesárea.* PROTOCOLS MEDICINA MATERNOFETAL HOSPITAL CLÍNIC- HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU- UNIVERSITAT DE BARCELONA. medicinafetalbarcelona.org. [Internet] [citado el 24 de enero de 2024]. Disponible en: https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf

[8] Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud reproductiva, *Cesárea segura. Lineamiento Técnico.* [Internet]. 2013 [citado el 24 de enero de 2024];35(3):99–103. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11089/Cesarea_Segura_2014.pdf

[9] Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud Dirección General de Salud Reproductiva. *Cesárea segura. Lineamiento Técnico.* [Internet]. 2002 [citado el 24 de enero de 2024]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf

[10] Desproporción Cefalopélvica (CPD) [Internet]. American Pregnancy Association. 2012 [citado el 24 de enero de 2024]. Disponible en: https://americanpregnancy.org/es/healthy-pregnancy/labor-and-birth/cephalopelvic-disproportion/

[11] Carlos Schnapp S, Eduardo Sepúlveda S, Jorge Andrés Robert S. *Operación cesárea.* Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2014 [citado el 24 de enero de 2024];25(6):987–92. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-operacion-cesarea-S0716864014706480

[12] Sufrimiento Fetal [Internet]. American Pregnancy Association. 2014 [citado el 24 de enero de 2024]. Disponible en: https://americanpregnancy.org/es/healthy-pregnancy/labor-and-birth/fetal-distress/

[13] Instituto Mexicano Del Seguro Social. Dirección de prestaciones médicas. Unidad de Atención Médica. Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, División de excelencia clínica. *Guía de referencia rápida: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas (RPM).* [Internet]. 2002 [citado el 24 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/321GRR.pdf

[14] Cabezas E. *Vigilancia epidemiológica de la muerte materna*. Rev Cubana Obstet Ginecol 1993;: p. 78-91.

[15] Jimeno JM, Botella JM. *Cincuenta años de operación cesárea.* Acta Gin 1990; 47:48-58.

[16] ANATOMÍA PÉLVICA APLICADA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA la pelvis ósea [Internet]. Edu.co. [citado el 24 de enero de 2024]. Disponible en: https://libros.univalle.edu.co/index.php/programaeditorial/catalog/download/56/7/219?inline=1

[17] Rotura prematura de membranas pretérmino [Internet]. iVoox. [citado el 24 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.ivoox.com/rotura-prematura-membranas-pretermino-audios-mp3_rf_86334564_1.html

[18] Significado y consecuencias del PARTO de NALGAS [Internet]. Conocernos. jomanromero; 2022 [citado el 24 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.jomanromero.com/consecuencias-del-parto-de-nalgas/

XIII. Anexos

ANEXO 1.

FACTORES QUE DETERMINAN LA DECISIÓN DE REALIZAR UN PARTO FISIOLOGICO O CESAREA.

El siguiente cuestionario contiene una serie de preguntas, con las cuales se pretende identificar las causas por las que a una mujer gestante se le practica parto vaginal o cesárea, recuerde que esta encuesta es voluntaria y la información que usted proporcione es de carácter totalmente confidencial y no afecta en ningún momento su persona ni la atención que reciba.

INSTRUCCIONES:

Llene correctamente cada espacio con sus datos de manera correcta, con letra clara y legible, así mismo marque la respuesta correcta dentro de cada paréntesis con una X.

1.- Edad: _____

2.- Ocupación: 1. ( ) Ama de casa

2. ( ) Comerciante

3. ( ) Profesionista

4. ( ) Otros: _____

3.- Escolaridad: 1. ( ) Ninguna

2. ( ) Sabe leer y escribir

3. ( ) Primaria

4. ( ) Secundaria

5. ( ) Bachillerato

6. ( ) Nivel técnico

7. ( ) Profesionista

5.- Estado civil: 1.( ) soltera

2. ( ) Casada

3. ( ) Divorciada

4. ( ) Unión libre

5. ( ) Viuda

6. ( ) Separada

6.- Numero de embarazos incluyendo el actual: _____

7.- Semanas o meses de embarazo que cursa actualmente: _____

8.- ¿El medico ginecólogo de su actual embarazo, ha sido el medico de sus anteriores embarazos?

1. Si ( )

2. No ( )

3. Porque:

9.- Si no es su primer embarazo, indique la terminación de embarazos anteriores

1.Parto vaginal ( )

2. Cesárea ( )

3. Aborto ( )

10.- Durante su embarazo, ¿Ha sido hospitalizada debido a un problema relacionado con el embarazo?

1. Si:( ) Porque

---

2. No(.)

11.- Si es el caso, ¿Cuál es el motivo por el cual se le realizara cesárea?

12.- Si usted pudiera elegir, ¿Cuál procedimiento seria su elección?

1. Cesárea ( )

2. Parto ( )

ANEXO 2.

Consentimiento Informado

Fecha: _____

TÍTULO DEL PROYECTO: "FACTORES MEDICOS QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN PARA REALIZAR PARTO INSTRUMENTADO."

NOMBRE DE INVESTIGADOR: Ana Karen Saavedra Pérez

Estimada Señora:

A través de la presente se le invita a participar en este proyecto de investigación, el cual es desarrollado por la Alumna Ana Karen Saavedra Pérez con fines meramente académicos. El estudio se realizará en hospitales privados de León Guanajuato.

Si Usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

El propósito del presente estudio es el identificar los factores por los cuales se decide intervenir a las pacientes mediante una cesárea para finalizar el embarazo, en el periodo de noviembre a diciembre del 2023.

Le pedimos participar en este estudio porque usted forma parte del grupo de pacientes que se encuentra dentro del área de, siendo mayor de edad.

El presente proyecto consiste en responder una encuesta de la manera más honesta posible y brindar los datos solicitados teniendo en consideración que estos se manejaran siempre de forma anónima y privada.

Su participación consistirá en:

- Responder la encuesta sobre conocimientos de los motivos por los cuales será intervenida en día de hoy para finalizar el embarazo,

- La aplicación de dicha encuesta durará alrededor de 5 minutos y abarcará varias preguntas sobre su periodo prenatal, y todo lo relacionado al mismo.

- La entrevista será realizada en dentro de las instalaciones del hospital donde su ginecólogo la programo para intervenirla.

- Para facilitar el análisis, estos cuestionarios se realizarán de manera escrita. En cualquier caso, usted podrá interrumpir el cuestionario en cualquier momento sin repercusión alguna.

Al aceptar participar en el presente protocolo usted no recibe algún beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, estaría colaborando para desarrollar el presente estudio.

Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará

disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación de este en cualquier momento.

Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera en su estadía dentro del hospital donde será intervenida.

La alumna, principal investigadora Ana Karen Saavedra Pérez es responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos personales que le solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento. Usted puede solicitar la corrección de sus datos o que sus datos se eliminen de nuestras bases o retirar su consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos le pedimos dirigirse al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo Karen.sp1302@Gmail.com

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

FIRMA PACIENTE	FIRMA ALUMNA: Ana Karen Saavedra Pérez