



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE
INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA

**INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
No. 6 DEL IMSS DE OCOTLÁN, JAL.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ERNESTO VILLARRUEL ROMERO

OCOTLÁN, JAL. OCTUBRE DEL 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**INDICACION DE CESÁREA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
No. 6 DEL IMSS DE OCOTLÁN, JAL.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. ERNESTO VILLARRUEL ROMERO

AUTORIZACIONES:

DRA. MARIA ALTAGRACIA HERNANDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
HOSPITAL GENERAL DE ZONA
No. 6 DEL IMSS

DR. GERARDO CAMACHO GONZALEZ
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
ADSCRITO AL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 6

DR. ALBERTO JAVIER GUTIÉRREZ CASTILLO
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION
MEDICA UMF No. 53

DR. JAIME FRANCISCO CASTILLO DIAZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACION E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 6

**INDICACION DE CESÁREA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
No 6 DEL IMSS
DE OCOTLÁN, JAL.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. ERNESTO VILLARRUEL ROMERO

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

INDICE GENERAL

Marco teórico.....	5
Planteamiento del problema.....	10
Justificación.....	11
Objetivos.....	13
Metodología.....	15
Aspectos estadísticos.....	17
Recursos.....	20
Resultados.....	21
Interpretación y análisis de resultados.....	22
Discusión.....	25
Conclusiones.....	27
Referencias bibliográficas.....	28
Anexos.....	31

MARCO TEÓRICO

La preocupación creciente por la salud perinatal, junto a un mejor control de las enfermedades maternas y la reducción de los riesgos anestésicos, infeccioso y quirúrgico, así como los progresos en los métodos de vigilancia fetal han contribuido a la amplia difusión de la operación cesárea, como un procedimiento que asegura la sobrevivencia del feto y de la madre en diversas condiciones de riesgo, sin embargo se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad materna.

Hacer o no hacer la operación cesárea siempre ha sido un dilema de la práctica cotidiana del ginecoobstetra y de hecho, la operación cesárea, es la intervención quirúrgica realizada con mayor frecuencia en el servicio de obstetricia⁽¹⁷⁾.

En 1985 la Organización Mundial de la Salud estableció 15% de todos los nacimientos como la cifra más alta aceptable de cesáreas, basándose en los datos prevalecientes en los países con las tasas de mortalidad perinatal más bajas del mundo^(13, 17)

A pesar de estas recomendaciones, los nacimientos quirúrgicos se han incrementado de manera notable en los últimos años en casi todos los países de ingresos altos y medianos.

En países industrializados como Suecia la proporción de cesáreas fue de 11 % en 1990, en Francia de 15.9 % en 1995.⁽¹⁷⁾ En España su número se duplicó en los últimos 15 años y hoy alcanza el 23 %⁽²⁾. En el Reino Unido los nacimientos por cesárea se incrementaron del 4%, en 1970 a más del 20% en el momento actual.⁽¹³⁾

Por otra parte Japón que hace un uso muy extensivo de los partos tradicionales, es una de las pocas naciones desarrolladas junto con Holanda y los países escandinavos que parece haber evitado la epidemia de cesáreas, su porcentaje de nacimientos por cesárea es menor al 10%.⁽¹³⁾

En América Latina en 1993 y 1997 las cifras reportadas variaron del 23% en Argentina, Cuba y Uruguay a 33%, en Brasil y en Chile 43%. En América Latina y el Caribe se realizan 850,000 cesáreas innecesarias^(13, 17). Dichas cifras en estos países de ingreso medio de América Latina son alarmantes.

En Estados Unidos de América la frecuencia con que se realizó esta operación cesárea se quintuplico en dos décadas y se estimó que si no se producían cambios en la asistencia obstétrica, para el año 2000 llegarían al 40 % (3), los nacimientos quirúrgicos en 1964 fueron del 5% y en el año 1998 fueron del 21%, este aumento en el número de mujeres que han tenido operación cesárea ha sido considerada la crisis más urgente que ha enfrentado la obstetricia (, 12,13, 17)

En México de acuerdo con las estadísticas, en la década de los cuarenta por cada 100 embarazos se realizaban solo 3 cesáreas (14). Castelazo Ayala en 1957 en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMSS señaló una tasa de operación cesárea del un 2.3% . (12)

En México la norma oficial mexicana (NOM-007-SSA 2 1993) expedida por la Secretaría de Salud y publicada en el Diario Oficial del 6 de enero de 1995 para la atención del embarazo, del parto, del puerperio y del recién nacido, propuso la reducción de operación cesárea a cifras del 20% en Hospitales de concentración, del 12% en Hospitales Generales (17, 18) . En el IMSS la ubicó en cifras inferiores al 20% (5, 17)

La cesárea segura constituye un importante avance en las alternativas de atención del parto (10) Hasta principios de los años sesenta, los incrementos que se presentaron en el uso de este procedimiento en los países desarrollados se asociaron con descensos en la mortalidad materna y neonatal. Cabe destacar que hasta esas fechas los porcentajes de cesárea en estos países no superaban el 10 %. A partir de los años setenta, sin embargo, las cesáreas se incrementaron de manera muy significativa sin que se produjeran mejoras adicionales en la mortalidad de las madres y sus productos. La Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal en los años 1976 a 1983 reporta tasas de operación cesárea entre el 14.72% y 19.15%. (12)

En México en 1987 y 1996 la proporción de embarazos resueltos por cesárea paso del 23 al 35%. Para 1995 de acuerdo a las estadísticas de la Secretaría de Salud, esa proporción correspondió a 21.7% mientras IMSS y el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado, informaron cifras de 33.5 y 43.8% respectivamente. (14). En 1991 se reportaron en los centros hospitalarios del Sistema Nacional de Salud una tasa de embarazos resueltos por operación cesárea del 20.44%, para 1995 la cantidad de nacimientos por cesárea fue de 28.58% (12)

En el Instituto Nacional de Perinatología el índice de resolución del parto por la vía de cesárea en los años de 1985 a 1997 fue del 44.09%.⁽¹⁴⁾

El porcentaje nacional de cesáreas de 1999 fue ligeramente superior al 35%. Los porcentajes de nacimientos atendidos por cesárea varían de manera importante entre los diferentes estados, pero en todos los casos fueron superiores al 15%, porcentaje que, como ya se señaló la OMS recomienda como límite superior. En los estados el valor máximo en el porcentaje de cesáreas fue el de Nuevo León, con 49.89%. El valor mínimo correspondió a Zacatecas con 24.86%, mientras que a Jalisco le corresponde el 35%⁽¹³⁾.

A través de la historia en la atención obstétrica se han modificado las indicaciones para la operación cesárea, según el lugar y las ideas que prevalecen en dichas épocas. Por diversas razones se han incrementado las indicaciones en los últimos 20 años con el objeto de reducir la morbilidad y mortalidad perinatal. En México no ha sido la excepción se ha observado un incremento progresivo de la operación cesárea. En 1948 fue del 3.4%, en 1966 del 5.5%, en 1982 del 17.0% y en 1984 del 24.2%⁽⁹⁾.

La operación cesárea estrictamente indicada no tiene discusión y su ejecución oportuna contribuye a disminuir los índices de morbilidad y mortalidad materna y neonatal. La decisión de una operación cesárea bien indicada y debidamente fundamentada resiste ventajosamente los embates de toda índole que, a veces con malas intenciones, se esgrimen actualmente en desprestigio del médico.⁽⁵⁾

La indicación de operación cesárea en el estudio de Villalobos y Abelardo reporta para desproporción céfalo pélvica (DCP) fue del 38.09%, mientras que para sufrimiento fetal (SFA) fue del 23.8% , en cuanto a distocia de presentación fue de 19.04 % al igual que para inducto conducción fallida ,en un total de 140 mujeres (14).

Conforme a la International Classification of Diseases, Clinical Modification, 9th Edition, en el estudio de 300 casos de Cesárea en el Hospital Regional de Especialidades No. 23 Dr. Ignacio Morones Prieto del IMSS, se encontraron las siguientes indicaciones: Desproporción céfalo pélvica 88 casos (29.3%), cesárea previa 68 casos (22.7%), sufrimiento fetal agudo 45 casos (15.0%), preeclampsia 31 casos (10.3%), presentaciones anormales 23 casos (7.7%), otras indicaciones 76 casos (25.3%), embarazos múltiples 2 casos (0.7%), primigesta añosa 2 casos (0.7%) hipomotilidad fetal 2 caso

(0.7%), desprendimiento prematuro de placenta 4 casos (1.3%), macrosómicos 9 casos (3.09%), ruptura prematura de membranas 18 casos (6.0%).⁽⁹⁾

El antecedente de una o más cesáreas es la justificación que en más del 70% de los casos refiere el médico para practicar una operación cesárea⁽¹⁰⁾

Durante los últimos 30 años la incidencia de este procedimiento aumento constantemente, en parte por la difusión de la técnica de monitoreo del feto que permiten predecir ciertos riesgos perinatales o bien por el temor a demandas legales por negligencia médica⁽¹⁷⁾. Por otra parte la percepción que tienen los médicos de que se trata de un procedimiento más seguro que el parto vaginal, la disminución de las habilidades obstétricas del personal encargado de la atención de los partos; la creciente edad de las madres; la preferencia por este procedimiento que manifiesta ciertos sectores de la sociedad y diversos incentivos económicos relacionados con los seguros privados^(14, 19)

Sin embargo a pesar de la modernización de la técnica operatoria y anestésica la morbilidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal. Aunque es indiscutible que la cesárea bien indicada protege la vida de la madre y el niño en situaciones de emergencia, no pueden soslayarse los riesgos del procedimiento parte de los peligros obvios para la madre asociados con una cirugía mayor, existe suficiente evidencia que los bebés nacidos por cesárea tienen un mayor riesgo de complicaciones comparados con los nacidos por parto natural.⁽¹⁷⁾

Varios estudios han demostrado que una cesárea cuesta entre dos y tres veces más que la atención médica de un parto vaginal.⁽¹⁷⁾ El aumento de las cesáreas que no tiene justificación clínica preocupa a las autoridades sanitarias y a los prestadores de servicios de salud primaria porque elevan los costos de la atención médica primaria y exponen a la madre y al producto a riesgos innecesarios. No obstante que los análisis todavía no calculan como dichos costos de la cesárea afectan los presupuestos de salud⁽¹⁴⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál sería la indicación de la operación cesárea en el Hospital General de Zona No 6 de IMSS de Ocotlán, Jalisco.?

JUSTIFICACIÓN

Aunque es indiscutible que la cesárea bien indicada protege la vida de la madre y el niño en situaciones de emergencia. Hacer o no la operación cesárea es un dilema que enfrenta la práctica cotidiana del Gineco-Obstetra, de hecho es la intervención quirúrgica realizada con mayor frecuencia en el servicio de Obstetricia en los últimos años, su incidencia oscila entre el 20% y el 60% de todos los nacimientos según algunas estadísticas (20).

En la práctica de la operación cesárea no pueden soslayarse los riesgos del procedimiento, a parte de los riesgos obvios para la madre asociados con una cirugía mayor, existen suficientes evidencias de que los bebés nacidos por operación cesárea tienen mayor riesgo de complicaciones comparados con los nacidos por vía vaginal (17).

Un elemento preocupante es que el procedimiento de la cesárea conlleva en sí la posibilidad de desarrollar complicaciones a corto y largo plazo, tanto para la madre como para su hijo con el consecuente efecto negativo sobre su salud. Estudios han reportado la frecuencia con la que se observan complicaciones asociadas a cesárea comparadas con el parto vaginal, por ejemplo la frecuencia de infección en parto vaginal es del 1 a 3%, cifra que contrasta con el 13% observado entre mujeres con cesárea, la morbilidad post-cesárea varía desde el 5.5% hasta el 90.5% en estudios realizados en Tailandia y Escocia respectivamente (6).

El incremento en la frecuencia de las cesáreas a partir de la década de los 60 no disminuyó como se esperaba la morbilidad y mortalidad perinatal (21).

Entre las principales complicaciones post-cesárea se encuentran la endometritis, la infección de la herida quirúrgica con formación de abscesos, un incremento en el riesgo de desprendimiento prematuro de placenta, así como complicaciones fetales como la hipoxia entre otras.(20)

Según algunos autores la aberración por la práctica de la cesárea es causada por factores como las demandas legales, educativos, políticos, así como factores financieros, principalmente este último en lo privado que obliga a realizar cesáreas innecesarias. (17)

Además estos críticos señalan que dicha intervención quirúrgica, no solo desvía recursos necesarios para atender otros problemas de salud más urgentes, sino que exponen a la madre y a su hijo a riesgos innecesarios, y es la principal causa de internamiento hospitalario.

Algunos estudios han demostrado que una cesárea cuesta entre 2 y 3 veces más que un parto, no obstante que los analistas todavía no calculan como dichos costos afectan los presupuestos de salud, en un estudio publicado en 1999 en *British Medical Journal*, hace una alarmante aproximación. El estudio calculó que si se usa como media la cifra de 15%, cada año en América y el Caribe son realizadas más de 850,000 cesáreas innecesarias y se tomo como base un cálculo conservador de 500 dólares comparada con un parto vaginal, los países de América y del Caribe derrochan 425 millones de dólares anuales.(17)

De no establecer protocolos para la indicación y vigilancia de la operación cesárea, la operación cesárea corre el riesgo de convertirse en un procedimiento muy vulnerable.

Este estudio puede considerarse trascendental y de gran utilidad y beneficio para nuestro hospital y comunidad, ya que nos permitirá conocer la magnitud y la tendencia de la operación cesárea y así poder establecer estrategias que permitan reducir la práctica de la operación cesárea en nuestra población derechohabiente.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERAL.

Conocer las indicaciones de cesárea en la población que acudió para atención del parto a este Hospital General de Zona No. 6 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de Noviembre del 2004 a Octubre del 2005.

OBJETIVO PARTICULAR

- 1.- Conocer el porcentaje de cesárea en este hospital y si estamos dentro de lo especificado en la Norma Oficial para la atención del embarazo, puerperio y del recién nacido.
- 2.- Conocer la indicación individual de la operación cesárea en este hospital.
- 3.- Determinar la frecuencia de desproporción céfalo pélvico (DCP) como indicación de cesárea
- 4.- Conocer en que casos la cesárea previa (CP) fue indicación de cesárea.
- 5.- Determinar el número de casos de sufrimiento fetal agudo (SFA) como indicación de operación cesárea.
- 6.- En que porcentaje no se determinó la operación cesárea.
- 7.- El síndrome hipertensivo del embarazo (SHE), en cuanto casos fueron la indicación de operación cesárea.
- 8.- El trabajo de parto prolongado (TPP) como indicación de cesárea.
- 9.- Conocer en que casos la macrosomía (MC) fue motivo de indicación de cesárea.
- 10.- Determinar el número de casos de embarazo múltiple (EM) fue como indicación de cesárea

- 11.- Conocer en que casos la cesárea fue indicada por distocia de presentación (DP)
- 12.- La ruptura prematura de membrana (RPM) fue indicación de cesárea con que frecuencia
- 13.- Con que frecuencia fue motivo de indicación de cesárea el polihidramnios y oligohidramnios
- 14.- La placenta previa (PP) con que frecuencia fue indicación de operación cesárea
- 15.- Número de cesáreas en la cual no se especificó la indicación.

METODOLOGIA

DISEÑO DEL ESTUDIO

Es un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

Todos los nacimientos atendidos en el Hospital de Zona No. 6 del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo de noviembre del 2004 a Octubre del 2005. (2005 nacimientos)

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se consideraran todos los nacimientos vía cesárea que se presentaron de noviembre del 2004 a octubre del 2005.

CRITERIO DE INCLUSIÓN

Todos las pacientes con embarazos que ingresaron a la unidad de toco cirugía entre noviembre del 2004 y octubre del 2005 con el antecedente de embarazo de término y que fueron sometidas a cesárea en el Hospital General de Zona No. 6. según el formato 4-30-27/90

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

1.- Todos los embarazos resueltos por vía vaginal durante este periodo

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

1.- Envíos a otro hospital General de Zona

2.- Expedientes incompletos

INFORMACION A RECOLECTAR (VARIABLES A RECOLECTAR).

DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Tipo de variable	Medición
Desproporción céfalo pélvica	Se define como cualquier reducción de los diámetros pélvicos o cualquier distorsión morfológica que reduzca la capacidad pélvica . con reducción del estrecho superior de la pelvis normalmente se considera reducida si su diámetro antero posterior más corto es de 10 cm o menos o su diámetro transversal mayor de 12 cm. o menor	nominal	No, de DCP en el universo
Ruptura prematura de membranas	Es la ruptura de las membranas antes de iniciar el trabajo de parto de las 37 a 42 semanas de gestación con factores de riesgo	nominal	No. De RPM En el universo
Embarazo múltiple	Es la presencia de 2 o mas fetos en el útero	nominal	No. de EG en el universo
Macrosomia	Es el desarrollo anormal del feto por arriba de 3.800 kg de peso	nominal	No. de macrosomia en el universo
Síndrome hipertensivo del embarazo	Paciente con embarazo y presione arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg y o presión arterial diastolita(PAD) mayor o igual a 90 mmHg en al menos 2 ocasiones separadas por 6 hrs	nominal	No. De síndrome hipertensivo del embarazo en el universo
Malas presentaciones fetales	Es la presentación del feto durante el trabajo de parto puede ser de hombros o podálico etc.	nominal	Numero de malas presentaciones fetales en el universo
Cesárea previa	Se define como la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción (vivo o muerto) a través de una laparotomía e incisión en la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a la semana 37 de gestación o mayor	nominal	No. de CP en el universo
Sufrimiento fetal	Es una alteración en el intercambio metabólico entre la madre y el feto que se manifiesta por alteraciones en la frecuencia cardiaca por abajo de 110 latidos por minuto o por arriba de 160 latidos por	nominal	No. de SF en el universo
Oligohidramnios o polihidramnios	Condición en el cual existe mayor o menor liquido amniótico determinado con el índice de liquido amniótico por ecosonografía	Nominal	Número de casos de oligo o polihidramnios en el universo
Placenta previa	es una condición que puede ocurrir durante el embarazo cuando la placenta se implanta en la parte inferior del útero y queda cerca o cubriendo la abertura cervical hacia la vagina (canal del parto).	Nominal	Numero de casos de placenta previa en el universo
Trabajo de parto prolongado	Es la prolongación del trabajo de parto por arriba de 14 hrs.	Nominal	No. de cesáreas por trabajo de parto prolongado en el universo
Distocia de partes blandas	Parto difícil y se caracteriza por una progresión anormal lenta del parto y es consecuencia de contracciones uterinas subnormales, el desarrollo anormal del feto o anomalías del canal de parto	Nominal	No. de distocia de partes blandas en el universo de

ASPECTOS ESTADISTICOS

El programa estadístico utilizado fue el STATS. Aplicando estadísticas descriptivas.

La presentación de los datos se efectuó mediante texto, cuadros y gráficas según la naturaleza de los datos que se pretendieron exponer

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

- 1.- El doctor titular de la investigación Dr. Ernesto Villarruel Romero, solicitó por escrito a la dirección de este hospital el permiso para realizar su investigación
- 2.- Solicitud por parte del médico de la investigación, al departamento de Archivo para el uso de los formatos 4-30-27/90 de noviembre del 2004 al octubre del 2005. así como del expediente clínico de las pacientes que se les practicó cesárea en el periodo antes mencionado.
- 3.- Búsqueda y recolección de la información de cesáreas en el formato 4-30-27/90
- 4.- Recolección de la información obtenida a los formatos de recolección de información
- 5.- Confrontación de los datos obtenidos de la forma 4-30-27/90 de cesárea con el expediente clínico
- 6.- Verificación que la información de los expedientes cumplan con los criterios de inclusión y o exclusión así como los de no inclusión.
- 7.- Procesamiento de los datos para obtener los resultados
- 8.- Introducción de los datos al programa STATS para la obtención de las gráficas

- 9.- Análisis de los resultados obtenidos
- 10.- Comentarios de la investigación.
- 11.-Conclusiones de la información,
- 12.-Impresión de los resultados
13. Presentación de la información obtenida

RECURSOS:

HUMANOS

Una secretaria proporcionados por el Instituto Mexicano de Seguro Social, y un médico familiar, el Investigador principal, médico familiar de la Unidad Médica Familiar No. 6. Ocotlán , Jalisco.

MATERIALES

Lápiz, computadora, Impresora, sábanas de recolección de datos de la forma 4-30-27/90 de Intervenciones Quirúrgicas efectuadas en quirófanos y expedientes clínicos.

FINANCIAMIENTO

El costo de la investigación es financiada en parte por el Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual aportará el material de la recolección de información; el resto es aportado por el propio investigador.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente protocolo se considera de riesgo mínimo y no se requiere consentimiento informado y cumple con las normas éticas de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y Códigos y Normas

Internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica, y se apega cabalmente a los normas y reglamentos institucionales, y a los de la Ley General de Salud.

Además de todos los aspectos arriba señalados en cuanto al cuidado que se deberá de tener con la seguridad y bienestar de los pacientes, además se respetará cabalmente los principios contenidos en el Código de Nuremberg, la enmienda de Tokio, el Informe Belmont.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio ingresaron al servicio de parto –cirugía 2005 mujeres con embarazo a término, de las cuales 1009 se les practicó cesárea que representan el 50.32% ver tabla 3 y grafica I.

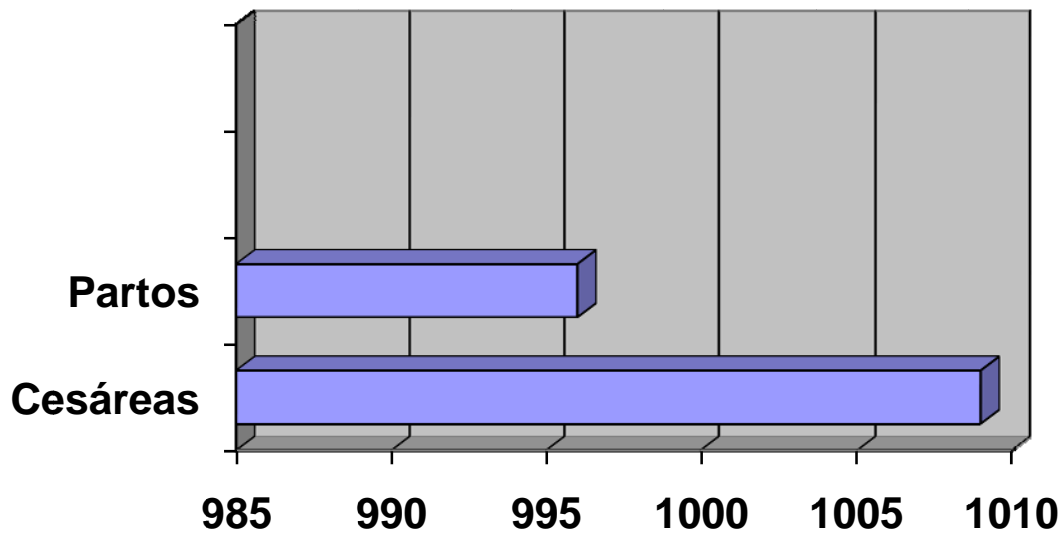
Al desglosar la indicación de las cesárea se desprendieron los siguientes diagnósticos señalados, con mayor frecuencia fueron: Cesárea previa con 414 casos (41.03%); desproporción céfalo pélvica con 163 casos (16.15 %); el sufrimiento fetal agudo con 103 casos (10.212 %); ruptura prematura de membranas con 90 casos (8.92%); con trabajo de parto prolongado 74 casos (7.33%); para oligohidramnios y polihidramnios fueron 36 casos (3.57%); el síndrome hipertensivo del embarazo 34 casos (3.37%); para placenta previa 32 casos (3.17%); para distocia de partes blandas 20 casos con (1.99%); macrosomía con 13 casos (1.29%); embarazo múltiple 9 casos (0.9%); malas presentaciones fetales con 4 casos (0.39%); otras indicaciones (paciente de edad mayor, óbitos, crisis convulsivas ,etc. 17 casos (1.68%); ver tabla I, y gráfica II.

TABLA1 .Porcentaje de cesáreas de Noviembre del 2004 a Octubre del 2005 en el Hospital General de Zona No 6 de Ocotlán, Jal

FECHA	DCP	RPM	EM	MC	SHE	MPF	C P	SFA	O P	P P	TPP	DPB	OT	TOTAL
11/04	18	2	2	0	2	2	45	10	0	1	8	2	0	92
12/04	16	1	1	1	3	0	38	8	3	0	5	0	0	76
01/05	13	8	0	0	3	0	44	8	4	4	6	2	0	92
02/05	13	15	0	4	2	0	29	9	6	1	4	7	0	90
03/05	9	6	1	1	2	0	23	5	1	3	7	2	6	66
04/05	17	10	1	0	4	0	28	6	6	0	3	3	8	86
05/05	14	11	0	0	4	0	25	7	3	2	4	1	1	72
06/05	7	10	2	2	1	0	28	10	1	8	6	3	0	78
07/05	7	8	1	1	0	2	35	9	1	2	8	0	1	75
08/05	11	2	1	2	2	0	49	11	0	2	4	0	0	84
09/05	15	9	0	0	6	0	33	12	2	6	8	0	1	92
10/05	23	8	0	2	5	0	37	8	9	9	11	0	0	106
TOTAL	163	90	9	13	34	4	414	103	36	32	74	20	17	1009
%	16.15	8.92	0.9	1.29	3.37	0.39	41.03	10.21	3.57	3.17	7.33	1.99	1.68	100

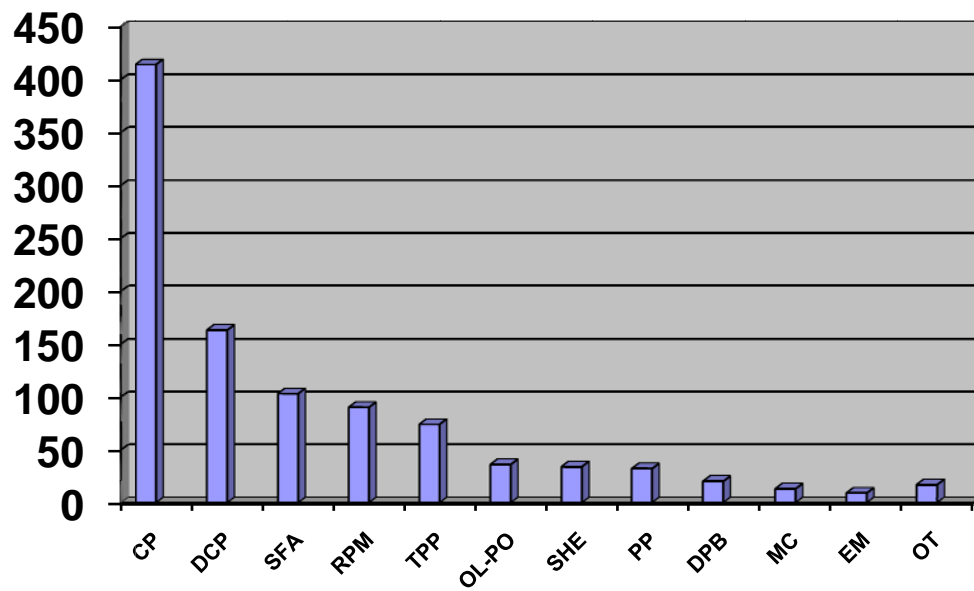
DCP.- Desproporción céfalo pélvica
RPM.- Ruptura prematura de membranas
EM.- Embarazo múltiple
MC.- Macrosomía
SHE.- Síndrome hipertensivo del embarazo
MPF.- Malas presentaciones fetales
C P.- Cesárea previa
SFA.- Sufrimiento fetal agudo
O P.- Oligohidramnios o polidramnios.
P P.- Placenta previa.
TPP.- Trabajo de parto prolongado
DPB.-Distocia de partes blandas.
OT.- Otras.

GRAFICO I .



**Relación de partos y cesáreas realizados de Noviembre del 2004 a
Octubre del 2005 un el Hospital General de Zona No 6 de Ocotlán,
Jalisco**

GRAFICO II.



Indicación de 1009 cesáreas realizadas en el Hospital General de Zona No 6 de Ocotlán, Jalisco, de Noviembre del 2004 a Octubre del 2005

DISCUSIÓN

El presente estudio proporciona información sobre la indicación de la operación cesárea durante el periodo 2004-2005, en las instalaciones del Hospital General de Zona No. 6, institución que se concibe como un centro de atención de segundo nivel, donde se cuenta con los recursos para la atención del embarazo eutócico y del embarazo considerado de alto riesgo.

Durante este periodo analizado se observó un incremento en el porcentaje de cesáreas con respecto a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993); expedida por la Secretaría de Salud, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, donde los índices de la operación cesárea no deben de rebasar del 15% en los hospitales de segundo nivel.

En relación con las indicaciones de cesárea, el primer lugar fue para cesárea previa (41.03%), lo cual concuerda con lo reportado por Ignacio Lee Santos y Velasco (17). La frase: de una cesárea, siempre cesárea, la cual se apoya por el riesgo potencial de dehiscencia de la cicatriz previa, esta frase debe de ir perdiendo vigencia ya que en un número muy importante de pacientes que inicialmente se les practicó cesárea deliberadamente mal indicada y este hecho si reviste gran importancia, ya que la práctica de una cesárea incrementa en forma considerable los riesgos de morbi-mortalidad maternos fetales.

La desproporción céfalo pélvica en este estudio ocupó el segundo lugar con el 16.15%, dato que concuerda con los reportados por el estudio de Ignacio Lee Santos, al igual que el sufrimiento fetal como tercera causa de indicación de cesárea con 10.21%, situación que se da por el adelanto de la tecnología en el cuidado del bienestar fetal, ha tenido como resultado la detección temprana de las alteraciones en el intercambio de nutrientes entre la madre y el feto, así como la detección del incremento de la frecuencia fetal por medio del perfil biofísico y por otra parte la medición de las partes anatómicas implicadas en el parto.

La ruptura prematura de membranas y el trabajo de parto prolongado ocuparon el cuarto y quinto lugar con 8.92% y 7.33% respectivamente.

El síndrome de hipertensión en el embarazo (Hipertensión arterial inducida por el embarazo preeclampsia y eclampsia) ocupó el séptimo lugar con el 3.37%, mientras que la placenta previa ocupó el octavo lugar con el 3.17%

El porcentaje para las malas presentaciones fetales fue del 0.39%. Un factor importante que condiciona lo anterior es la pérdida de la habilidad del médico para su atención por vía vaginal.

Otras indicaciones de cesáreas en las cuales incluyen infecciones del herpes genital y su inmunización materno fetal, Diabetes Mellitus, prolapso de cordón y otras complicaciones ocuparon el 1.68% y que deberán ser analizadas individualmente.

CONCLUSIONES

La operación cesárea estrictamente indicada no tiene discusión y su ejecución oportuna contribuye a disminuir los índices de morbi mortalidad materna y neonatal.

Por otra parte la operación cesárea es una práctica en aumento y que genera elevados costos adicionales por una mayor estancia hospitalaria y utilización de insumos, en la práctica de atención primaria tiene grandes repercusiones ya que se incrementan los riesgos hacia la madre como sería: La implantación baja de placenta, dehiscencia de tejidos, infecciones etc. Además el incremento y utilización de recursos materiales para su control y vigilancia sin que necesariamente refleje mejores condiciones de salud reproductiva para la mujer gestante y su producto, en nuestro hospital donde la asignación de los recursos económicos para la inversión en salud esta limitada, la realización de cesáreas innecesarias representa un incremento de los recursos que podrían utilizarse en mayores coberturas de atención médica y educación en salud de la población materno infantil, si se quiere atacar el problema de fondo es necesario establecer políticas que tengan como objetivo mejorar los niveles de educación en salud a la población, así como prácticas médicas mas reflexivas principalmente en el uso de la tecnología, así como actualizar los protocolos de manejo de la mujer embarazada, eficientar la supervisión e incentivar las buenas prácticas en la atención médica.

La reducción de las cesáreas innecesarias representan un reto en la gestión de los hospitales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Lugones BM. La cesárea en la historia. Rev Cubana Obstet ginecol 2001; 27: 53-6.
- 2.- Delgado G. Algunos aspectos históricos de la operación cesárea. Cuadernos de Historia de la Salud Pública 1998;84: 13-25.
- 3.-Cabezas E, Delgado A, Morales A, Pérez G. Comportamiento de la cesárea en la SSA durante el periodo 1990-95. Ginec Obstet Mex 1998; 66: 335-8.
- 4.- Rodrigo S. Parto Vaginal un pacientes Con antecedentes de una cesárea previa. Rev de la Facultad de Medicina de la UNAM, 2003; 46:28-31.
- 5.- Serrano J. Razones en pro y en contra de la operación cesárea. Ginecol Obstet Mex, 1999; 67 (4):353-355.
6. Trujillo H. Factores de Riesgo para cesárea: un enfoque epidemiológico. Ginecol Obstet Mex, 2000; 68: 306-311.
- 7.- Guerra V. ¿Se Puede Disminuir La Frecuencia de Cesárea Primitivas?. Rev Cubana de Obstet Ginecol, 1998; 24: 45-49.
- 8.-Guzmán S. La reducción de cesáreas de 28 a 13% incrementa o no la mortalidad materna y perinatal la gran pregunta. Ginecol Obstet Mex 1993; 66 122-125.
- 9.- Treviño T. Indicación de la operación Cesárea: Revisión de 300 casos Ginecol Obstet Mex, 1998;. 66: 411-413.
- 10.- Guzmán S., Intentos de Parto Vaginal en 1000 pacientes con antecedentes de una cesárea previa en el antiguo Hospital Civil de Guadalajara Ginecol Obstet Mex..Ago 1998, Vol. 66 p.325, 5p.

- 11.- Villalobos G. Frecuencia de Cesárea un Embarazos de Término, con ruptura prematura de membranas. Ginecol Obstet Mex. 1998; 66: 446-452 .
- 12.-Juárez S, Fajardo A, Pérez G, Guerrero R, Gómez A. Tendencias de los embarazos terminado por operación cesárea en México durante el periodo 1991-1995. Ginecol Obstet Mex 1999;67 (4):308-317.
- 13.- Puentes E, Garrido-Latorre F, Gómez-Dantes O. Las cesáreas en México tendencias, niveles y factores asociados. Salud Pública Mex 2004;46(1).
- 14.- Simón P, Quesnel G. Tendencias un la vía de interrupción del embarazo un el Instituto Nacional de Perinatología 1985-1987. Perinatología y reproducción humana, 1998;12:218-223.
- 15.-Villanueva E|. Operación cesárea: Una perspectiva integral.Ginecol Obstet Mex, 2005; 73: 155-159.
- 16.- Corral Ch, Yin U, Pérez H, Pérez S, Haro G. Tendencia de la Operación cesárea un tres ámbitos de atención médica del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo 1981-1995 Ginecol Obstetricia Mex, 1999;67: 9-13.
- 17.- Lee S. Operación cesárea: Estudio de causas y tendencias en un Hospital de segundo nivel. Rev méd IMSS. 2004;42:199-204 .
- 18.- Norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México: Diario Oficial de la Federación, 1995; 19-38.
- 19.- Amu O. Rejandran S. Balaji I. Maternal choice alone should not determine method of delivery, BMJ 1998, 317: 462-465.
- 20.- Carballo L.; García R. Complicaciones infecciosas en la operación cesárea: clasificación y uso de antibióticos. Rev Cubana de Medicina Tropical, 2001;53 :106-110.

- 21.- Cárdenas, Rosario. Complicaciones asociadas a la cesárea; la importancia de un uso módicamente justificado, Gaceta Médica de México, jul/ago2002. Vol.128 Issue 4, p357, 10p
- 22.- Gómez-Dantés O. El secuestro de Lucina) o cómo detener la epidemia de cesáreas). salud Pública Mex 2004; 46: 71-4.
- 23.- Porreco R, Thorp J. The cesarcan birth epidemic Trends, causes and solutions. Am J Obstet Gynecol 1996; 175 (2): 369-374.
- 24.- Narro-Robles RJ, Camus-Gómez GR, Deliens-Dellicour C, Gutiérrez-Perucho E. Tendencia de los embarazos terminados por operación cesárea en el Distrito Federal. Salud Pública Mex 1984; 26: 381-8.
- 25.- Velasco V, Navarrete E, Pozos JI, Ojeda R, Cárdenas C, Cardona J, Indicaciones y justsificación de las cesáreas en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Gac Med Mex 2000;136(5):421-431.
- 26.-Guzmán-Sánchez A, González-Moreno J, González Guzmán M, Villa-Villagran F. ¿Qué hacer para reducir el número de cesáreas? Ginecol Obstet Mex 1997;65:273-7.

fecha	DCP	RPM	EM	MC	SHE	MPF	CP	SFA	OP	PP	TPP	DPB	OT	TOTAL
01/11/04														
02/11/04														
03/11/04														
04/11/04														
05/11/04														
06/11/04														
07/11/04														
08/11/04														
09/11/04														
10/11/04														
11/11/04														
12/11/04														
13/11/04														
14/11/04														
15/11/04														
16/11/04														
17/11/04														
18/11/04														
19/11/04														
20/11/04														
21/11/04														
22/11/04														
23/11/04														
24/11/04														
25/11/04														
26/11/04														
27/11/04														
28/11/04														
29/11/04														
30/11/04														
TOTAL														

DCP.- Desproporción céfalo pélvica
MC.- Macrosomía
CP.- Cesárea previa.
P.P., Placenta previa.
OT.- Otras.

RPM.- Ruptura prematura de membranas
SHE.- Síndrome hipertensivo del embarazo
SFA.- Sufrimiento fetal agudo
TPP.- Trabajo de parto prolongado

EM.- Embarazo múltiple.
MPF.- Malas presentaciones fetales
OP.- Oligohidramnios o polidra.
DPB.- Distocia de partes blandas.