

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UMAE. HGO 3. “Dr. Víctor M. Espinosa de los Reyes”

CMN LA RAZA

FRECUENCIA E INDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA EN
PACIENTES PRIMIGESTAS EN EL HGO 3 CMN LA RAZA

Registro 3504-2012-12

Dra. Azucena Mendoza Cruz

Investigador Responsable: Dr. Gilberto Tena Alavez

Asesor de Tesis: Dra. María Guadalupe Veloz Martínez

México D.F, Julio de 2012



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.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

DR GILBERTO TENA ALAVEZ

DIRECTOR TITULAR DE LA UMAE E INVESTIGADOR RESPONSABLE

DRA MARIA GUADALUPE VELOZ MARTINEZ

JEFA DE LA DIVISION DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Y ASESOR DE TESIS

DR JUAN CARLOS HINOJOSA CRUZ

DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

DRA ROSA MARIA ARCE HERRERA

JEFA DE LA DIVISION DE EDUCACION EN SALUD

IDENTIFICACION DE LOS INVESTIGADORES

Dr. Gilberto Tena Alavez

Investigador Responsable

Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3
Centro Médico Nacional “La Raza”

Seris y Antonio Valeriano SN. Col. La Raza México DF. CP Tel. 57245900 ext.
23615

Correo Electrónico: Gilberto.tena@imss.gob.mx

Dra. Guadalupe Veloz Martínez

Investigador Asociado y asesor de tesis

Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3
Centro Médico Nacional “La Raza”

Seris y Antonio Valeriano SN. Col. La Raza México DF. CP Tel. 57245900 ext.
23615

Correo Electrónico: maria.veloz@imss.gob.mx

Dra. Azucena Mendoza Cruz

*Médico Residente de Cuarto año de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia

Unidad Médica de Alta Especialidad. “Dr. Víctor M. Espinosa de los Reyes” HGO 3
CMN La Raza.

Correo Electrónico: azu.mendoza.cruz@gmail.com

Tel. 57 05 47 86

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por que El es todo.

A MI FAMILIA, ESPECIALMENTE A MI MADRE.

Por su apoyo incondicional y amor.

A MIS ASESORES DE TESIS, ESPECIALMENTE, DRA M. GUADALUPE VELOZ MARTÍNEZ.

Por darme la oportunidad de trabajar con ella. Sin su apoyo, este trabajo no hubiera sido posible.

A MIS COMPAÑEROS Y MIS AMIGOS DE RESIDENCIA

Este tiempo a su lado ha sido la mejor etapa de mi vida. Mis mejores amigos se encuentran aquí.

A TODAS LAS PACIENTES

Que nos permiten aprender de ellas, cada día.

INDICE

Resumen	6
Marco Teórico	8
Planteamiento del Problema	16
Pregunta de Investigación	17
Justificación	18
Objetivo	20
Hipótesis	20
Criterios de Selección	21
Tipo de Estudio	21
Población, Muestra y Método de Muestreo	22
Variables de Estudio	23
Descripción operacional de las Variables	23
Descripción General del Estudio	26
Análisis Estadístico y aspectos éticos	26
Consentimiento informado y factibilidad	27
Resultados	28
Discusión	34
Conclusiones	39
Hoja de recolección de Datos	42
Cronograma de Actividades	43
Bibliografía	44

FRECUENCIA E INDICACIONES DE OPERACIÓN CESÁREA EN PACIENTES PRIMIGESTAS EN EL HGO 3 CMN LA RAZA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La cesárea es la operación abdominal más frecuente en obstetricia, al presentar riesgo de complicaciones importantes debe estar plenamente justificada e indicada.

OBJETIVO: Conocer cuál es la frecuencia así como indicaciones de cesárea en la pacientes primigestas del HGO 3 CMN La Raza

TIPO DE ESTUDIO: Observacional, descriptivo, transversal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron los expedientes de las pacientes primigestas a las cuales se resolvió su embarazo en esta unidad de junio de 2011 a diciembre de 2011. Sólo se incluyeron aquellos casos que cumplieron los criterios de selección, Se revisaron la edad materna, edad Gestacional, enfermedades concomitantes, programación electiva o de urgencia, indicación de la cirugía, complicaciones maternas y del recién nacido, y métodos de planificación familiar.

RESULTADOS: En el hospital de Ginecoobstetricia No 3 CMN La Raza, en el período de estudio (junio- diciembre 2011), se resolvió el embarazo de 807 pacientes primigestas, de las cuales, 631 fueron sometidas a operación cesárea, lo que representa el 78.1% del total. La edad promedio de las pacientes fue 26 años. Las indicaciones más frecuentes de cesárea son los Estados Hipertensivos del Embarazo (20.6%), de estos, la Preeclampsia Severa ocupa el 1er lugar (10.6%). La complicación más común en las pacientes fue hemorragia obstétrica (11.3%). La edad Gestacional de los recién nacidos, fue en promedio de 36 semanas. En cuanto a la morbilidad fetal, se presentó en 235 (37.2%) recién nacidos, principalmente debido a síndrome de dificultad respiratoria. De acuerdo al lineamiento Técnico Médico de la Operación Cesárea del total de cirugías realizadas, 355 casos (56.3%) presentaron indicación relativa y 276 (43.7%)

cuentan con indicación absoluta. Con respecto a la justificación de las mismas, 337 casos (53.4%) no se encuentran justificadas, y 294 (46.6%) se encuentran debidamente justificadas de acuerdo a la guía de práctica clínica de la Operación Cesárea del IMSS. Más de la mitad de las pacientes, 434 (68.8%) no adquirió ningún método de planificación familiar.

CONCLUSIONES: En el presente estudio se puede observar que el número de cesáreas realizadas en el Hospital de Ginec Obstetricia No 3 CMN La Raza, se encuentra por lo menos 5 veces más elevado, que lo recomendado por la OMS. La indicación principal fueron los estados hipertensivos del embarazo. La complicación de la cirugía más común fue la hemorragia obstétrica en 11% de los casos. La mayoría de los recién nacidos son productos pretérmino, por lo que presentan en por lo menos una cuarta parte, complicaciones relacionadas a su edad Gestacional. Lo anterior eleva los costos de la atención médica de forma muy importante a nivel institucional y se traduce en mayor tiempo de estancia hospitalaria. Al analizar los lineamientos nacionales e institucionales para la indicación y ejercicio de la operación cesárea, podemos concluir que la mayoría de las pacientes sometidas a cesárea no cuenta con una justificación adecuada, las indicaciones son relativas y no se da la oportunidad para ofrecer a las pacientes una prueba de trabajo de parto. A pesar de que nuestra unidad es un hospital de tercer nivel, la mitad de las pacientes que se sometieron a la operación cesárea, no presenta morbilidad asociada. Mas de la mitad de las pacientes no adquiere un método de planificación familiar, y siendo que la edad promedio de las mismas fue de 26 años, se encuentran en pleno período reproductivo, elevándose hasta 3 veces el riesgo obstétrico que presentan, convirtiéndose más adelante, en pacientes con período intergestacional corto y cesárea iterativa. Con respecto a las pacientes en las cuales se resolvió por parto el embarazo, se demuestra como en otras referencias, que la morbimortalidad materna y fetal es menor que en las pacientes sometidas a cesárea.

MARCO TEÓRICO

Definición.

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que en una institución el porcentaje de cesáreas debe ser de un 15 %, mientras que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) lo fija en 15,5 %. (2)

Los probables factores para el incremento progresivo de la cesárea incluyen el aumento en la percepción de seguridad en la operación, solicitud materna, asuntos médico. Legales, obesidad, y edad materna avanzada. (3)

En todos los países del mundo en los últimos años se ha observado un aumento en el número de partos por cesárea, en ocasiones sin que haya una indicación médica clara y sin tener en cuenta los riesgos, tanto para la madre como para el recién nacido. La frecuencia de realización de cesáreas se presenta, tanto en el ámbito público como en el privado, aunque es más marcado en este último. (4)

El IMSS, en el período comprendido entre 1987 y 1998, reportó un incremento en la operación cesárea del 22.8% al 35.7%, alcanzando 38.4% en los hospitales de especialidad.

El Sistema Local para la Medición de Indicadores de la Secretaría de Salud (INDICA), mostró un promedió nacional de Operación cesárea en hospitales públicos con registro regular, de 36,87% (107,584 nacimientos) en el 2003 y de 39.31% (63,390 nacimientos) en el 2004. En los hospitales de la SSA con registro regular, el rango fue de 20.12% (328 nacimientos) a 44.13% (1609 nacimientos)

en el 2003 y de 26.53% (309 nacimientos) a 49.6% (744 nacimientos) en el 2004.
(30)

La operación cesárea se suele clasificar de acuerdo a los antecedentes obstétricos de la paciente en:

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.

Y según las indicaciones en:

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

Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto. (3)

INDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: Maternas, Fetales o Mixtas.

A) Causas maternas

-Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica):

-Estrechez pélvica.

-Pelvis asimétrica o deformada.

-Tumores óseos de la pelvis.

-Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto.

-Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones 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 nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes Mellitus, etc.

B) Causas fetales:

- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica. Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- Prolapso de cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal
- Cesárea posmortem.

C) Causas mixtas:

- Preeclampsia/eclampsia
- Embarazo múltiple
- Infección amniótica
- Isoinmunización materno-fetal. (4)

Una prueba de trabajo de parto después de la cesárea es posible, en 1995 la ACOG realizó un estudio en el que 27.5 % de las pacientes con cesárea previa, fueron sometidas a trabajo de parto, que se llevó a cabo sin complicaciones, reduciendo de forma importante la tasa de cesáreas. Los investigadores consideran que el porcentaje puede ser más elevado. (5)

Por otra parte, en un meta análisis realizado de 1966 a septiembre de 2009, se realizó una búsqueda exhaustiva de casos en los cuales se reportó un incremento de la operación cesárea en los centros de tercer nivel a partir del año 1996. Además, se reportó un incremento de la mortalidad materna en la cesárea iterativa vs cesárea previa y trabajo de parto (13.4 por 10 000 vs 3.8 por 10 000). Las tasas de hemorragia, histerectomía obstétrica, y transfusiones no fueron significativamente diferentes en ambos grupos. (6)

Clark y cols. Encontraron que las muertes maternas relacionadas a la operación cesárea fueron 10 veces más altas comparadas con las pacientes que presentaron parto (7). El riesgo de mortalidad neonatal se incrementó 69% en los nacimientos por cesárea comparado con los nacimientos vía vaginal (8).

Otras posibles consecuencias de la operación cesárea es la forma de afectar el resultado de los siguientes embarazos. Los mecanismos de efectos adversos en cesárea previa no están del todo claro (9). Algunas hipótesis incluyen: predisposición genética, infecciones del endometrio no tratadas o asintomáticas posteriores a la cirugía, que pueden favorecer la presentación de placenta previa (10), disminución de leucocitos en endometrio y alteraciones del flujo sanguíneo uterino causado por la ligadura de vasos uterinos desde la primer cesárea (11).

Se han realizado estudios para analizar el resultado de los embarazos posteriores a la primera cesárea, X.Huang et al, realizó un estudio de cohorte retrospectivo para analizar la relación entre la cesárea previa y la morbilidad y mortalidad neonatal en los embarazos posteriores en los Estados Unidos, encontrando que la cesárea previa es un factor que incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal. Aunque los mecanismos exactos de estos efectos no están claros, se relaciona la asfixia perinatal a la cesárea, debido a que la cirugía puede producir disfunción placentaria (12).

Se ha demostrado que la inducción de forma electiva del trabajo de parto, se considera un factor de riesgo para resolver el embarazo por cesárea. Se reporta un 2-3 veces más posibilidades de que el riesgo se eleve para las pacientes primigestas sin una escala de Bishop favorable (13)

Se ha postulado que el beneficio más importante para las pacientes sometidas a una cesárea es la potencial prevención de la patología del piso pélvico, reduciendo la incontinencia fecal y de orina y el prolapso uterino (14). Sin embargo algunos estudios indican que el efecto benéfico de la cesárea sobre la incontinencia de orina es significativamente mayor que el del parto vaginal, pero que a largo plazo este efecto va desapareciendo. La duración y el impacto del efecto no están completamente aclarados, especialmente en madres mayores y multíparas. (15)

Respecto de la función del esfínter ano-rectal, existe evidencia basada en estudios de casos y controles de que la cesárea electiva se asocia a un menor riesgo de desgarro del esfínter y menor porcentaje de incontinencia fecal en relación a la cesárea de emergencia y al parto vaginal. La realización de una episiotomía media y la utilización del fórceps ha demostrado asociarse a una mayor tasa de lesión esfinteriana. Limitar esta práctica puede reducir la frecuencia de estas complicaciones. Algunos estudios sugieren que el parto vaginal se asocia a mayores daños en el músculo elevador del ano, el tejido conectivo y lesiones nerviosas.

Otro potencial beneficio materno relacionado con la cesárea cuando es realizada en forma electiva se asocia a una menor morbilidad y mortalidad (16).

RIESGOS PARA EL FETO

Algunos resultados adversos neonatales son menos frecuentes cuando se realiza una cesárea electiva a partir de las 39 semanas de gestación, pero la frecuencia de estos eventos es muy baja. Por ejemplo, las muertes fetales en mayores de 39 semanas de gestación, antes del parto o en el trabajo de parto, son aproximadamente 2 por cada 1.000 embarazos, y asumir estos riesgos es razonable debido a que estamos previniendo las complicaciones propias de una cesárea. El riesgo de aspiración de meconio y la necesidad de intubación de los recién nacidos es mayor en los embarazos superiores a las 39 semanas en los partos vaginales respecto de las cesáreas electivas (17).

La cesárea electiva reduce el riesgo de transmisión de varios agentes infecciosos como son el VIH, el virus herpes 2, el estreptococo beta-hemolítico grupo B, el virus de la hepatitis B, el virus de la hepatitis C y el virus papiloma humano cuando la madre se encuentra sintomática. Sin embargo, la frecuencia de esta condición es relativamente baja y existe un manejo protocolizado de estas pacientes. Además, desconoce el real impacto que esto tiene en el caso del virus de la hepatitis C y el virus papiloma humano (18).

Los traumatismos del parto como son, las fracturas y las lesiones nerviosas, se reducen en un 50% con el empleo de la cesárea electiva (19).

RIESGOS PARA LA MADRE

Las complicaciones quirúrgicas incluyen: infección, hemorragia y lesiones viscerales. La frecuencia de hemorragia asociada a la cesárea electiva es menor respecto de la cesárea de urgencia y el parto vaginal. La infección es menor para los partos vaginales que para las cesáreas. Sin embargo, éstas no superan el 10% cuando se utilizan antibióticos profilácticos y son menores aún, cuando la cesárea se realiza con membranas intactas y sin trabajo de parto. Las adherencias

formadas después de una cesárea, son una potencial causa de infertilidad y necesita ser evaluada posteriormente (20). En algunos trabajos, los cuadros depresivos posparto han sido asociados con mayor frecuencia a la cesárea; sin embargo, a los 3 meses posparto no se encuentran diferencias significativas (21). En cuanto a la fertilidad, existe un estudio que examina la fertilidad posterior a las distintas vías de parto sin encontrar diferencias significativas (22). Estudios de metaanálisis han demostrado que el riesgo de placenta previa aumenta de acuerdo a la paridad y a la existencia de cesáreas previas (23). En cuanto a la rotura uterina, se ha demostrado que su riesgo es mayor en las pacientes con cesárea anterior que presentan trabajo de parto comparado con las pacientes con cesáreas electivas sin trabajo de parto (24).

COMPLICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA

Las principales complicaciones de la cesárea son el daño intraoperatorio a los órganos como la vejiga o los uréteres, complicaciones anestésicas, hemorragia, infección y tromboembolismo. La mortalidad materna es mayor después de una cesárea que en un parto vaginal a pesar de que es difícil de saber hasta qué punto esto se debe a la operación o a la causa de la operación. La taquipnea transitoria del recién nacido es más común después de una cesárea, y no se descarta un parto traumático. Los riesgos a largo plazo incluyen un riesgo aumentado de placenta previa, desprendimiento placentario, placenta acreta y ruptura uterina. (25)

Aunque poco común, las lesiones vesicales durante la operación cesárea han sido ampliamente reportadas en la literatura con una incidencia de 0,31%. Esto puede ser controvertido porque con la liberalización de indicaciones para la cesárea, la frecuencia de lesiones vesicales también puede aumentar debido a que su incidencia es mayor que en los partos no complicados. Hay otros estudios en los que las tasas son mucho menores, refiriendo 0,01% de lesiones vesicales en todos los nacimientos, siendo de 0,14% en cesáreas. El diagnóstico de estas

es en su mayoría es inmediato y por fortuna la mayor parte se produce en el techo y no afectan al trígono. (26)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las tasas de operación cesárea se han visto incrementadas alrededor del mundo, incluida Latinoamérica y México. Es un procedimiento quirúrgico mayor que ciertamente, puede elevar el riesgo de morbilidad materno fetal, además que es costoso para el sistema de salud. Con el avance actual de la tecnología en cirugía y anestesia, la cesárea es un procedimiento relativamente seguro, sin embargo; está asociado con potenciales complicaciones maternas y fetales a corto y largo plazo.

En nuestro hospital ocurren alrededor de 5000 nacimientos cada año, de estos, más del 80% se resuelven por vía abdominal, cifra muy elevada si se compara con otros hospitales que atienden pacientes con condiciones similares (27) Según Danforth (28) realizar una cesárea en una paciente primigesta eleva hasta 3 veces la morbimortalidad de la misma, además de que es probable que el siguiente embarazo también se resuelva por esta vía, incrementando el riesgo obstétrico de forma importante con complicaciones como inserciones anómalas de placenta y hemorragia obstétrica.

Existen algunos artículos que han hecho referencia a esta problemática como el del Dr. Muñoz, et al (29), donde encontraron que durante el período de estudio (2 meses) ,40.3% de los embarazos terminaron por operación cesárea en 4 hospitales de segundo nivel de Aguascalientes, con 45 indicaciones diferentes de la misma, concluyendo que es importante unificar criterios y realizar estrategias para reducir la frecuencia de la misma.

La mayoría de población de pacientes que son derivadas a esta unidad, cuenta con un riesgo obstétrico elevado por padecer patologías que influyen en la probabilidad de presentar complicaciones en el embarazo o posteriormente a este. Sin embargo; no en todos los casos, la vía de resolución del embarazo es la abdominal, múltiples patologías permiten el nacimiento por vía vaginal y en otras

tantas se encuentra indicado realizar una prueba de trabajo de parto. De ahí surge la siguiente pregunta de investigación:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia así como indicaciones de cesárea en la pacientes primigestas del HGO 3 CMN La Raza?

JUSTIFICACIÓN

La cesárea es la intervención quirúrgica que se realiza con mayor frecuencia en nuestra unidad para finalizar un embarazo, sin embargo; esta cirugía conlleva riesgos y la probabilidad de complicaciones a corto y largo plazo, tanto para la madre como para el recién nacido.

Existen varios artículos que hacen referencia a esta problemática, tanto de México como de otros países. Es importante para nosotros hacer notar el aumento tan importante de la práctica de la operación cesárea que se ha citado por diversas fuentes consultadas y en sistemas de vigilancia epidemiológica.

La Secretaría de Salud, de 1990 a 1995, observó un incremento del 13.5% al 21.9%. Para el año 2001 la tasa fue de 35% con una correlación positiva significativa entre la frecuencia de la operación cesárea y la mortalidad materna, sin disminución de la mortalidad perinatal.

En el IMSS, como ya se ha hecho referencia, también se encuentra un aumento en la incidencia de la operación cesárea a nivel nacional, sin embargo, en la UMAE HGO 3, actualmente no existe un registro que plasme cuales son las indicaciones y la frecuencia de operación cesárea en las pacientes primigestas en esta unidad hospitalaria.

Se realizó una investigación de 35 días en esta unidad (octubre a noviembre de 2001), donde se analizaron 300 pacientes que fueron sometidas a cesárea, para saber si esta vía de interrupción del embarazo era la adecuada. En los resultados, se encontró un alta incidencia de prematuridad (38.3%), patologías maternas (66%) y predominio de cirugía urgente (60.7%) de los casos. Se concluyó que la incidencia de operación cesárea en el 2001 fue para este hospital de 72.5%, y se concluyó que si existió una justificación materna o fetal en el 80%

de los casos. La anterior dependiente del tipo de pacientes que eran atendidas en este hospital, de las cuales, la mayoría presentaba patología materna y fetal. (31)

Existe un modelo de gestión para la toma de decisión en cuál es la vía de parto más conveniente para las pacientes, en el cual se busca realizar un análisis de los casos, así como investigar las causas de la realización de la operación cesárea, para posteriormente trabajar en los aspectos que pueden ser sujetos de modificación y de esta manera, disminuir la práctica injustificada de la cirugía.

Consideramos importante realizar este estudio para examinar las indicaciones de la operación cesárea en las pacientes primigestas, las cuales por su condición obstétrica, puede evitarse una cirugía innecesaria. Si se realiza un análisis crítico de las indicaciones de cesárea en la paciente primigestas que han sido operadas en este hospital, se podrá en base a los resultados, saber si todas o al menos la mayoría están indicadas o no y en base a los hallazgos de cesáreas no indicadas plantear estrategias que ayuden a tratar de disminuir la práctica injustificada de las mismas y en un futuro inmediato la incidencia de complicaciones de la cesárea iterativa.

OBJETIVO GENERAL

- Conocer cuál es la frecuencia así como indicaciones de cesárea en la pacientes primigestas del HGO 3 CMN La Raza

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la frecuencia de operación cesárea en las pacientes primigestas atendidas en este hospital.
- Determinar que complicaciones maternas y fetales presentaron las pacientes.
- Determinar la cobertura de los métodos anticonceptivos poscesárea en las pacientes primigestas.

HIPOTÉISIS

No necesaria por tratarse de un estudio descriptivo.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizo en la UMAE HGO 3 “V́ctor Manuel Espinosa de los Reyes Śnchez”. En el peŕodo comprendido del 1ero de junio a 31 de diciembre de 2011.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo,observacional, transversal y retrospectivo.

CRITERIOS DE SELECCI3N

CRITERIOS DE INCLUSI3N

- Pacientes primigestas
- Pacientes de cualquier edad que cursaron con el primer embarazo.
- Pacientes con o sin patoloǵa materna o fetal.
- Pacientes con o sin control prenatal en esta unidad.
- Pacientes con expediente cĺnico completo.
- Pacientes a las cuales se resolvi3 su embarazo por v́a abdominal en esta unidad.

CRITERIOS DE EXCLUSI3N

- Pacientes con embarazo menor a 20 semanas.
- Pacientes con ceśrea previa o partos previos.
- Expedientes incompletos

CRITERIOS DE ELIMINACI3N

- No existen

POBLACIÓN, MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO

POBLACIÓN

-Pacientes a las cuales se resolvió su embarazo en el HGO 3 durante el período de 1º de junio de 2011 a 31 de diciembre de 2011

MUESTRA

Pacientes primigestas a las cuales se resolvió su embarazo vía abdominal entre el 1ºjunio de 2011 y el 31 de diciembre de 2011 en la UMAE HGO 3 “Victor M. Espinoza de los Reyes Sánchez”

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Quedó integrada por la totalidad de primigestas a las que se resolvió embarazo vía abdominal en el periodo de tiempo establecido y que cumplieron con los criterios de selección.

MÉTODO DE MUESTREO

Muestreo no probabilístico, serie de casos consecutivos.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

NOMBRE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
EDAD	Número de años transcurridos desde el nacimiento hasta un momento determinado	Edad de la paciente referida en la historia clínica, o a la fecha de la cesárea.	Cuantitativa Discreta	años
INDICACIÓN DE CESAREA	Patología materna o fetal o cualquier otra causa por la cual se decide la interrupción del embarazo por vía abdominal.	Patología materna o fetal que se encuentra referida en el diagnóstico preoperatorio y por la cual se decide la interrupción del embarazo vía abdominal.	Cualitativa Nominal	NOMBRES Preeclampsia Eclampsia DCP Sufrimiento Fetal Taquicardia Fetal Otras.
EDAD GESTACIONAL	Número de semanas de embarazo a partir de la fecha de última regla.	Edad Gestacional referida en la historia clínica y en las notas médicas al momento de la cesárea	Cuantitativa Discreta	Semanas

MORBILIDAD MATERNA	Patología que se presenta antes o durante el embarazo.	Nombre de la enfermedad de la cual la paciente es portadora referida en la historia clínica y en las notas de atención del parto.	Cualitativa Nominal	NOMBRES: Insuficiencia Renal Aguda Lupus Eritematoso Sistémico Diabetes Mellitus ETC
COMPLICACIONES MATERNAS	Patología que se presenta antes, durante o posterior a la resolución del embarazo asociado a enfermedad o a la vía de nacimiento del producto.	Patología clínica o quirúrgica que pone en riesgo la salud materna, que se encuentra registrada en las notas médicas y de atención del parto.	Cualitativa Nominal	NOMBRES Preeclampsia, diabetes, Desprendimiento o prematuro de Placenta, Hemorragia , Atonía uterina, Choque Hipovolémico, Histerectomía obstétrica, ETC.
COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO	Patología en el recién nacido derivado de la morbilidad materna, o complicaciones antes, durante y posteriormente a la resolución	Patología detectada en el recién nacido al momento de ser obtenido o posterior a la terminación del embarazo, y que es referido en	Cualitativa Nominal	NOMBRES Síndrome de dificultad Respiratoria del Recién nacido. Paro Cardiorrespiratorio. Síndrome de

		del embarazo.	notas médicas.		Aspiración de Meconio
METODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Serie de procedimientos en los cuales se utilizan objetos, medicamentos, conocimientos, o intervenciones quirúrgicas con el fin de evitar principalmente el embarazo no deseado.	Método el cual tiene como fin evitar un embarazo no deseado, y que puede utilizar de forma inmediata la paciente posterior al parto o cesárea.	Cualitativa Nominal	DIU Oclusión Tubaria Bilateral. Ninguno.	

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital de Ginecoobstetricia N.3 "Dr. Víctor M. Espinoza de los Reyes "CMN "La Raza", se revisaron los expedientes de mujeres primigestas sometidas a la operación cesárea entre el periodo de 1º junio de 2011 a 31 diciembre de 2011. En una hoja de captura de datos elaborada ex profeso, se registraron: nombre, NSS, edad, morbilidad materna asociada al embarazo, indicación de la cesárea, Diagnóstico Posoperatorio, complicaciones del recién nacido, complicaciones maternas pre, trans y Postoperatorias, así como Método de Planificación Familiar.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se aplicó estadística descriptiva calculando frecuencias, media mediana, moda y pruebas de dispersión (desviación estándar).

ASPECTOS ÉTICOS

La investigación se apejó a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, contenida en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en 1964, enmendada en Tokio, Japón en 1975 y ratificada en la 52ª asamblea general realizada en Edimburgo, Escocia en octubre del año 2000. Corresponde al apartado II, investigación biomédica no terapéutica con humanos (investigación biomédica no clínica).

Esta investigación no implicó ningún riesgo para la paciente o su hijo, de acuerdo a base legal con fundamento en la Ley general de salud en materia de investigación para la salud y considerando el título primero, capítulo único, artículos 3º y 5º. título segundo, capítulo primero, artículos 13, 14, (fracciones V, VI, VII), artículo 17, fracción 1: que al pie dice: Investigación sin riesgo: son

estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivo y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que o se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Artículos 20, 21, 22 y 23. Capítulo tercero, artículo 72. Título sexto, capítulo único, artículos 113, 114, 115, 116 y 119.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

No se requirió de consentimiento informado por tratarse de un estudio descriptivo observacional en el que toda la información será obtenida del expediente clínico.

FACTIBILIDAD

El estudio fue factible ya que las pacientes, expedientes, los recursos humanos y materiales se encontraron disponibles en la UMAE HGO No. 3 CMN “La Raza” IMSS.

RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS:

- Investigador principal, 2 investigadores asociados además de colaboradores y personal habitualmente involucrado en la atención de los pacientes como Médicos, Enfermeras.
- Los materiales necesarios fueron bolígrafos, hojas con el esquema de recolección de datos, y equipo de computación con software de Word y Excel.
- No se requirió financiamiento.

RESULTADOS

En el período de tiempo estudiado se identificaron 807 nacimientos de hijos de mujeres primigestas, de estos nacimientos, se analizaron 631 (78.1%) casos que fueron resueltos por cesárea. 166 embarazos correspondieron a partos, fueron excluidos 10 casos de cesáreas por información incompleta en los expedientes. Esto corresponde a 3.8 cesáreas por cada parto.

La edad de las pacientes a las que se realizó cesárea, la edad Gestacional y peso promedio de los recién nacidos (RN) a la resolución del embarazo se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Edad de las pacientes primigestas a las que se realizó cesárea, edad gestacional y peso del recién nacido.

Edad De Las Pacientes Primigestas Operadas De Cesárea					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EDAD	631	14	46	26.65	6.792
EDAD GESTACIONAL	631	24	42	36.48	3.002
PESO RN	631	600	4390	2766.70	661.091

En cuanto al estado de salud de las pacientes se pudo encontrar que 63.7% de las pacientes a las que se realizó cesárea tenían alguna patología, de las pacientes con embarazo resuelto por parto 57.8% también tuvieron antecedentes patológicos, Al comparar mediante χ^2 no se obtuvo diferencia estadísticamente significativa, $p = .164$ tabla 2

Tabla 2 Patología materna de pacientes primigestas

	Pacientes con embarazo resuelto por cesárea		Pacientes con embarazo resuelto por parto	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
SIN PATOLOGÍA	229	36.3	70	42.2
CON PATOLOGIA	402	63.7	96	57.8
Total	631	100.0	166	100.0

Las enfermedades de las pacientes con embarazo resuelto por cesárea, se pueden apreciar en la tabla 4

Tabla 4 Comorbilidad de las pacientes primigestas a las que se realizó cesárea.

Grupos de Patología	Enfermedades	Cantidad	Porcentaje
Estados Hipertensivos Del Embarazo N 130 (20.6%)	Preeclampsia Severa	65	10.3
	Preeclampsia Leve	25	4.0
	HASC	23	3.6
	Hipertensión Gestacional	17	2.7
Endocrina N 124 (19.7%)	DMG	29	4.6
	DM2	29	4.6
	DM1	26	4.1
	Hipotiroidismo	32	5.1
	Hipertiroidismo	8	1.3
Uterina	Miomatosis Uterina	29	4.6
Pulmonar	Asma	24	3.8
Cardiaca	Cardiopatía Materna	19	3.0
Hematológica N 17 (2,7%)	Trombocitosis	3	.5
	Trombocitopenia	7	1.1
	Purpura	7	1.1
Renal N14 (2,3%)	IRC	8	1.3
	Hipoplasia Renal	2	.4
	Hidronefrosis	2	.3
	Hiper calciuria Renal	1	.2
	Trasplante Renal	1	.2
Neurológica	Epilepsia	14	2.2
Autoinmune N 10 (1.6%)	Les	8	1.3
	Artritis Reumatoide	2	.3
	Otras	21	3.4
Pacientes Con Patología		402	63.9
Pacientes Sin Patología		229	36.3
Total		631	100

Las indicaciones de las cesáreas se muestran en la tabla 5

Tabla 5 Todas las Indicaciones de las cesáreas

Indicación de la cesárea	Total	%
Preeclampsia Severa con Sx. de HELLP –N100 Preeclampsia leve-N13 Hipertensión Gestacional-N2 Hipertensión Arterial crónica descontrolada, N12	127	20.10
Ruptura Prematura de Membranas	62	9.8
Desproporción cefalopélvica,	57	9.0
Oligohidramnios severo o anhidramnios	63	9.9
Taquicardia fetal	26	4.1
Presentación Pélvica con trabajo de parto	24	3.8
Bradycardia fetal,	22	3.4
Hipomotilidad fetal	22	3.4
Baja reserva fetal	20	3.1
Restricción del crecimiento intrauterino grado III	20	3.1
Trabajo de parto estacionario	19	3.0
Producto macrosómico	17	2.6
Trabajo de parto en fase latente con productos prematuros	13	2.0
Miomatosis uterina-N8 y antecedente de miomectomía N6	14	2.2
Hidrocefalia fetal N6, Cardiopatía fetal N4, Gastrosquisis N4	14	2.2
Agnesia renal materna	4	0.6
Compromiso de cordón	4	0.6
Lupus eritematoso sistémico	4	0.6
Sufrimiento fetal Agudo	12	1.9
Senescencia placentaria	11	1.7
Cardiopatía materna	10	1.5
Placenta previa central total	8	1.2
Estado fetal no confiable	8	1.2
Polihidramnios Moderado o Severo,	8	1.2
2 casos de cada una de las siguientes indicaciones: Trillizos, Insuficiencia renal crónica agudizada, Prócubito de cordón, Distocia de contracción, Infección del Virus del Papiloma Humano, Inductoconducción fallida, Epilepsia descontrolada, Diabetes Gestacional, Hipotiroidismo, Edad Materna avanzada, Incompatibilidad a Rh, Trombosis Venosa Profunda.	24	3.8

1 caso de cada una de las siguientes indicaciones: Colelitiasis asintomática, antecedente de disgerminoma de ovario, Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta, doble circular de cordón a cuello, hemangioblastoma, fractura de cadera, Taquicardia Sinusal materna, infección intramniótica, anquilosis de cadera, retención de placenta y de un producto óbito de 23 semanas de embarazo gemelar.	10	1.5
--	----	-----

30 pacientes de las pacientes a las que se resolvió su embarazo por medio de cesárea, fueron sometidas a prueba de trabajo de parto, es decir 4.7 %. Las patologías maternas que presentaban fueron: Ninguna en 10 casos, Hipotiroidismo en 5 casos, Asma en 4 casos, Purpura Trombocitopenica en 4 casos hidronefrosis en 2 de los casos, Hipertiroidismo en 2 casos Trombocitopenia Gestacional en 2 casos, Preeclampsia severa en 1 caso. El resto de las pacientes, 593, no se sometieron a prueba de trabajo de parto.

En cuanto a las complicaciones de la cesárea se encontró que 558 pacientes no tuvieron complicaciones, las complicaciones de 73 (11.6%) pacientes se muestran en la tabla 6:

Tabla 6 Complicaciones de las cesáreas

COMPLICACIONES DE LA CESAREA		
Complicación	Frecuencia	Porcentaje
Atonía Uterina	35	5.5
Hemorragia Obstétrica	26	4.1
Histerectomía Obstétrica	3	.5
Bloqueo Peridural Alto	2	.3
Dehiscencia De Herida Quirúrgica	2	.4
Desgarro De Histerotomía	2	.3
Desgarro Cervical	1	.2
Edema Pulmonar	1	.2
Deciduitis	1	.2
Ninguna	558	88.4
Total	631	100.0

Las indicaciones de las cesáreas se analizaron y clasificaron en absolutas y relativas de acuerdo al Lineamiento Técnico Médico de las Indicaciones y Realización de la Operación Cesárea 2007. De las 631 cesáreas, 276 (43.7%) correspondieron a indicaciones absolutas y 355 (56.3%), fueron indicaciones relativas.

Las indicaciones también fueron comparadas con las indicaciones referidas en la Guía de Práctica Clínica para la realización de Operación Cesárea realizada por el IMSS, encontrando que 337 (53,4%) no estaban justificadas y 294 (46.6%) si estuvieron justificadas.

En el registro de la Morbilidad fetal se encontraron los siguientes datos: Restricción del Crecimiento Intrauterino grado III: 8, Sx Dismórfico 4, Hidronefrosis renal 4, Gastrosquisis 4, Macrósomico 4, Hidrocefalia 4, cardiopatía Fetal 4, Holoprosencefalia 2 , Atresia duodenal 2, Obstrucción intestinal 1 , Acondroplasia 2 , Hidrops fetalis 1 y 583 recién no tuvieron morbilidad.

Las complicaciones que presentan los recién nacidos posterior al nacimiento por cesárea fueron siguientes: Síndrome de Dificultad Respiratoria presente en 115 de los productos, Asfixia perinatal 47 casos, Muerte perinatal ocurrió en 45 de los productos obtenidos por cesárea, Hiperbilirrubinemia ocurrió en 12 de los recién nacidos, 6 bebés presentaron Hemorragia Intraventricular asociada a prematurez extrema, Taquipnea transitoria del recién nacido presentan 4 productos, Hipoglucemia presentaron 4 productos, Anemia severa 1 de los productos, y Apnea Mixta en 1 producto. En total ocurrieron complicaciones en 235 (37.2%) de los recién nacidos.

El Apgar más bajo reportado fue de un producto de embarazo de 28 semanas complicado con Preeclampsia Severa y Sx de Hellp, con Apgar 1 al minuto y 3 a los 5 minutos, con muerte perinatal finalmente. La calificación de Apgar más alta fue de 9 al minuto y 9 puntos a los 5 minutos, en un producto de

39 semanas, con indicación de cesárea por taquicardia Fetal. La media del Apgar fue 8.5 con desviación estándar de .78

En cuanto al Método de Planificación Familiar posterior al evento obstétrico 187(29.6%) pacientes decidieron utilizar el DIU, 7(1.1%) pacientes optaron por realización de Oclusión Tubaria Bilateral, en 3(.47%) pacientes se realizó cesárea- histerectomía obstétrica. 434 (68.8%) pacientes no aceptaron MPF. Por lo que podemos observar que la mayoría de las pacientes en su primer embarazo y puerperio inmediato no adquieren ningún método de planificación familiar, convirtiendo por tanto, a las mismas, en pacientes con alto riesgo obstétrico al presentar con frecuencia el diagnóstico posteriormente de período intergestacional corto y mayor incidencia de cesárea iterativa, ya que la mayoría de estas, no acudirán posteriormente a las unidades de Salud para seguimiento.

DISCUSIÓN

La operación cesárea es la cirugía más común realizada en la práctica obstétrica, existen ya diversos trabajos en nuestro país y el extranjero, los cuales demuestran que existen elevados porcentajes de realización de la operación cesárea en América Latina. Durante los últimos 30 años, la incidencia de este procedimiento ha aumentado a un ritmo constante, El porcentaje de incremento de las cesáreas en nuestro país en los últimos 10 años ha sido de poco más de 1% anual. (22), con relación a la publicación previa de este hospital, donde la incidencia fue general de cesárea fue de 72.5%, podemos apreciar que, o bien en la paciente primigesta es mayor (78.1%) o la incidencia ha aumentado 5.6%. En 1985, la OMS estableció 15% como la cifra más alta aceptable de cesáreas.

En comparación con algunos otros estudios como el del Dr. Lee Santos (32) existen diferencias en cuanto a la indicación más frecuente de cesárea, las Enfermedades Hipertensivas del Embarazo, principalmente Preeclampsia Severa asociada a Síndrome de Hellp, ocupan en primer lugar en cuanto a indicación más frecuente .Posteriormente , la segunda causa es la Ruptura de Membranas, y generalmente ,son casos de productos menores de 34 semanas referidos a esta unidad ,debido a que en otras unidades no cuentan con terapia intensiva neonatal, y con apego al Lineamiento Técnico Médico para la indicación y práctica de la operación cesárea 2007 , se encuentra como indicación absoluta la realización de operación cesárea en aquellas pacientes con embarazos desde la semana 26 y hasta la semana 33.6 y/ o productos menores de 1.500 gr, por lo que ha aumentando en mucho la incidencia de esta cirugía en las pacientes con productos pretérmino e inclusive inmaduros, con escaso beneficio para la salud materna y fetal, ya que aproximadamente 50% de estos productos presentan Síndrome de Dificultad Respiratoria del Recién Nacido y todas las complicaciones propias de la prematurez , inclusive la muerte perinatal .La tercer causa es la Desproporción cefalopélvica , sin embargo, en la mayoría de los casos no existe trabajo de parto en las pacientes diagnosticadas bajo este rubro , además que en más de la mitad de los casos el peso del producto fue menor de 3500 gr , por lo

que nuevamente no se encuentra justificada de forma adecuada la realización de la cirugía.

Otro punto importante, es la edad de las pacientes primigestas, en promedio 26 años. En ambos casos, parto o cesárea, con un rango que inicia desde los 14 años hasta los 44 años de edad aproximadamente. Esto significa, que la mayoría de estas pacientes se encuentran en el período reproductivo y, aunado a que no adquieren ningún método de planificación familiar, es muy probable que en menos de 24 meses presenten un nuevo embarazo. Lo anterior eleva en mucho la probabilidad de que el embarazo se resuelva, otra vez, por medio de cesárea, elevando a su vez, el costo de los servicios médicos y por tanto los días de estancia hospitalaria, ya que está demostrado que las pacientes en puerperio postparto se mantienen en vigilancia un promedio de 24 hrs, en contraste con las 72 hrs que permanecen hospitalizadas las pacientes en puerperio postcesárea.

Cómo ya se ha comentado, son variadas las indicaciones que se encontraron para la realización de operación cesárea en el presente trabajo, por lo que se agruparon para realizar un análisis más práctico de las mismas. En un estudio similar realizado en el HGZ 11 de Aguascalientes (29), en total se encontró en los expedientes 45 indicaciones diferentes de cesárea, lo cual demuestra que no existe un consenso o unificación de los criterios para la realización de la cirugía, cayendo a su vez en su práctica injustificada. La ACOG en el 2004, en su boletín sobre la práctica y la interpretación de la cardiotocografía antenatal, refiere como una de las clasificaciones del estado fetal, como no confiable, al no cumplir con requisitos específicos de acuerdo a su consenso de expertos (33), sin embargo, existe literatura que apoya firmemente la evaluación de la condición fetal mediante otros instrumentos como el perfil biofísico Modificado, encontrándose en gran cantidad de expedientes este diagnóstico, sobretodo; al presentar un registro de registro cardiotocográfico no reactivo o sospechoso, con indicación de interrupción del embarazo vía abdominal justificado sólo con este estudio.(34)

La mayoría de las pacientes que son sometidas a interrupción del embarazo vía abdominal no presentan patología materna asociada al embarazo, sin embargo; aunque hay otro porcentaje que si cuenta con morbilidad, no todas las enfermedades presentan indicación de cirugía electiva. Por ejemplo: cardiopatías clase funcional I y II, hipotiroidismo, Trombocitopenia Gestacional, asma en control y tratamiento así como Lupus eritematoso sistémico inactivo. Inclusive, de acuerdo a la literatura, puede someterse a prueba de trabajo de parto pacientes con alguna alteración congénita como agenesia renal e hidronefrosis (35), en nuestra base de datos existe un caso sometida a cesárea por ser portadora de doble sistema colector renal y algunos más por insuficiencia venosa, sin ser realmente indicación de realización de cesárea de acuerdo a los consensos de los expertos.

De las 30 pacientes que se sometieron a trabajo de parto y que finalmente se resolvió su embarazo vía abdominal se encuentra como indicaciones de la cirugía alteraciones en el mecanismo del trabajo de parto, sin embargo es importante conocer que en los expedientes analizados, no se encuentra información adecuada acerca del manejo, progresión y alteraciones durante el mecanismo de trabajo de parto, tampoco se encuentra descrita la justificación y lleno el partograma, que es una de las recomendaciones que menciona el Lineamiento Técnico Médico de la Operación cesárea(1). La Mayoría de estas pacientes fue operada con el diagnóstico de trabajo de parto estacionario.

El perfil del especialista juega también un papel central. Desde 1989, Goyert (36), demostró que en centros hospitalarios donde se encuentra una plantilla de residentes disponible, existe un alta incidencia de la práctica de operación cesárea, lo anterior debido a que los nuevos obstetras son mucho más intervencionistas, y por tanto los médicos jóvenes tienen mayor probabilidad de llevar a la paciente a una cesárea cuando existen problemas durante el mecanismo de trabajo de parto, que los médicos más experimentados.

También existen diversos artículos que apoyan el hecho de ofrecer a pacientes con cesárea previa, una prueba de trabajo de parto, reduciendo así la

morbimortalidad materna y fetal, ya que se ha demostrado que la cesárea se encuentra directamente relacionada a la presencia de complicaciones fetales y materna en mayor medida, siendo diferente y mucho menor en los casos que se resuelve el embarazo vía vaginal, además de que se encuentran resultados positivos, con menor reporte de complicaciones maternas y fetales (5). Tendencia que se ha demostrado con el presente trabajo en el que se reportan en mucho menor frecuencia en aquellas pacientes que resolvieron su embarazo por parto, que aquellas que lo hicieron por cesárea.

Existen durante el presente estudio, casos en los cuales no existe justificación de la cesárea de forma adecuada y así también registrada en el expediente. En el caso de las cesáreas, existe en cantidad importante indicación de la misma por Hipotiroidismo o Ruptura prematura de Membranas, esta última en productos mayores de 34 semanas, por lo que de acuerdo a la GPC (3), la vía de resolución debe ser decidida de acuerdo a las condiciones maternas y fetales. De hecho, la mayoría de las ocasiones, de acuerdo al presente estudio, es por indicación de permitir el bienestar fetal, que se decide la interrupción del embarazo vía abdominal. Según la GPC, el éxito de lograr parto posterior a la cesárea es de 60 -80% por lo que debe ofrecerse una prueba de trabajo de parto a las pacientes que cumplan con los requisitos para tal efecto.

La mayoría de los recién nacidos presentan una calificación de Apgar entre 8 al minuto y 9 a los 5 minutos, sin embargo; muchos de estos bebés posteriormente requieren de atención en terapia neonatal, y sobre todo, los productos menores de 31 semanas cursan, con complicaciones propias de la prematurez, y en el peor de los casos, muerte perinatal, como ocurrió en 40 casos.

Es importante recalcar que de estos casos, la indicación de cesárea fue ruptura prematura de membranas de larga evolución, con oligohidramnios y/o anhidramnios secundario, en estos casos la mayoría de los productos presentaron síndrome de dificultad respiratoria. Es por esto que cuando se realiza la reconsideración del caso, evaluando el riesgo y el beneficio para el binomio de la

operación cesárea, es necesario valorar si el beneficio materno supera al beneficio fetal, en caso de que el embarazo pueda resolverse por parto.

En cuanto a las complicaciones durante o después de la operación cesárea, encontramos que alrededor de 10 de cada 100 pacientes intervenidas, presentan alguna complicación, la más frecuente es hemorragia obstétrica, debido a atonía uterina

Es de suma importancia el hecho de que la mayoría de las pacientes se egresan sin haber adquirido algún método de Planificación Familiar, lo que aumenta proporcionalmente el riesgo obstétrico que presentan a corto y largo plazo, aumentando así también de manera directa la incidencia de pacientes con cesárea iterativa y por tanto, la muerte materna y fetal asociada a esta patología.

Existen una serie de estrategias citadas en el Lineamiento Técnico Médico de la Operación Cesárea (1) que consideramos importantes adquirir en las instituciones para lograr un descenso gradual de las cesáreas innecesarias:

- Revisión y análisis permanente del indicador hospitalario de cesáreas en relación a las metas institucionales establecidas
- Integrar el Lineamiento Técnico para la Indicación y la Práctica de la Operación Cesárea en el programa de capacitación de cada unidad hospitalaria
- Reforzar la enseñanza del personal médico, incluyendo a los médicos internos y residentes de ginecoobstetricia.
- Instalar, difundir y utilizar la Biblioteca Electrónica de Salud Reproductiva elaborada por Organización Mundial de la Salud
- Capacitar al personal en el uso de la tecnología perinatal moderna
- Realizar sesiones educativas dirigidas a las embarazadas y al público en general para desalentar falsas expectativas de la operación cesárea, basadas en ideas de que evita el dolor del trabajo de parto o se conserva la estética corporal

- Las sesiones educativas deberán incluir información sobre los cambios que ocurren durante la gestación, los signos y síntomas de alarma, etapas del trabajo de parto, incluyendo los pródromos del mismo, sobre todo en mujeres primíparas. Un aspecto muy relevante es el de informar sobre los beneficios del uso de la operación cesárea, cuando está correctamente indicada y sobre los riesgos anestésicos y quirúrgicos cuando se practica innecesariamente
- Establecer en las unidades hospitalarias un área de comunicación educativa y social en salud reproductiva.

Como se puede concluir en el presente trabajo, la realización de la Operación cesárea se encuentra asociada a la presencia de complicaciones maternas y fetales, en muchos casos sin adecuada justificación para la realización de la misma. De acuerdo a la literatura mundial, el riesgo perinatal por cesárea se estima en 3.2 veces mayor comparado con el parto.

Las acciones que podamos realizar en beneficio de las pacientes, nos debe llevar a reevaluar nuestros protocolos y guías de manejo obstétricos con el único fin de disminuir la mortalidad y morbilidad asociadas a la cesárea. Realizar el análisis de los casos nos permitirá tomar decisiones adecuadas, y de esta manera diagnosticar y manejar a la paciente desde el primer embarazo para evitar en el futuro complicaciones por cesáreas mal indicadas.

CONCLUSIONES

1. El porcentaje de cesáreas aproximado que se realiza cada año, tan solo en pacientes que cursaron con su primer embarazo en el HGO 3 en un período de 6 meses, se encuentra en 77%, cifra elevada en 5 veces del 15% recomendado por la OMS y hasta 25% recomendado por el Instituto.
2. Más de la mitad de las cesáreas realizadas a pacientes primigestas en el período estudiado, corresponden a indicaciones relativas y no se encuentran justificadas de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica del IMSS para la Realización de la Operación Cesárea.
3. La principal indicación para la realización de operación cesárea en pacientes primigestas son los Estados Hipertensivos del Embarazo en sus formas más graves (Preeclampsia Severa con síndrome de HELLP), en los que no se puede evitar la cesárea.
4. Las complicaciones maternas y fetales son 22% más frecuentes en embarazos resueltos por cesárea, que en partos.
5. La principal complicación materna que se encuentra relacionada con la operación cesárea, es la hemorragia obstétrica.
6. La cobertura anticonceptiva poscesárea es baja, 68.8% lo cual eleva de forma directa el riesgo obstétrico de las mismas.
7. En los expedientes revisados durante el período de estudio, se encontró que presentan desviaciones importantes en cuanto al apego a la NOM 168 del expediente clínico, como por ejemplo, el llenado incompleto del Partograma.

8. A pesar de que se encuentra normado y aceptado de acuerdo a la literatura nacional e internacional , en el período de tiempo estudiado , solo se indico prueba de trabajo de parto a 4.7% de las pacientes sometidas a operación cesárea, encontrándose durante el estudio realizado , muchos casos más de pacientes candidatas a las cuales no se realizó.

9. El promedio de edad Gestacional de los productos obtenidos por medio de operación cesárea es de 36 semanas, lo cual significa que son productos prematuros. 36% de los recién nacidos, presentaron alguna complicación.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE	NSS
EDAD	
PATOLOGIA MATERNA	
PATOLOGÍA FETAL	
EDAD GESTACIONAL	
PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO	
INDICACION DE CESAREA	
COMPLICACIONES DE CESAREA	
HEMORRAGIA_____	LESIÓN A ORGÁNO VECINO_____
ATONIA UTERINA_____	REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA_____
OTRAS_____	
COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO	
ASFIXIA_____	SDRRN_____
ASPIRACIÓN DE LIQUIDO AMNIÓTICO _____	OTRAS_____
PESO DEL RECIEN NACIDO	APGAR DEL RECIEN NACIDO
METÓDO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
DIU _____	OTB_____ OTRO_____ cual?_____ NINGUNO_____

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Año 2011-2012

Actividad	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Ago
Investigación bibliográfica	xxx								
Elaboración del marco teórico		xxx	xxx						
Elaboración del proyecto de investigación				xxx					
Presentación al comité local					xxx				
Recolección de resultados						xxx	xxx	xxx	
Análisis de los resultados								xxx	
Elaboración del reporte escrito y Presentación de la tesis.									xxx

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Cesárea Segura. Lineamiento Técnico Médico. Secretaría de Salud. México .DF. 2002
- 2.- Ofelia Uzcátegui U, Carlos Cabrera, Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado; *Rev Obstet Ginecol Venez* 2010; 70(1):47-52
- 3.-Realización de Operación Cesárea. Guía de Práctica Clínica GPC. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-048-08
- 4.-Anaya-Prado Roberto. Morbilidad materna asociada a operación cesárea. *Cirujanos* 2008; 76:467-472.
5. - ACOG. Practice Bulletin. Vaginal Birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2010 Aug; 116: 450-63
6. - Gilbert SA, Grobman WA et al. Elective repeat cesarean delivery compared with spontaneous trial of labor after a prior cesarean delivery a propensity score analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2012 Apr: 206 (4): 311 e 1-9.
- 7.-Clark SL, Belfort MA, Dildy GA et al. Maternal death in the 21st century: causes, prevention and relationship to cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199 (1):91-92
8. - Mac Dorman MF,Declercq E,Menacker F,et al. Neonatal mortality for cesarean and vaginal births to low- risk women : application of an “ Intentional to Treat” model. *Birth* 2008; 35(1): 3-8.
- 9.-Mander R. Then long –term implications of cesarean sections: ectopic pregnancies and placental problems. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174 (2) 1569-1574.
- 10.-Yang Q, Wen SW, Oppenheimer L, et al. Association of caesarean delivery first birth with placenta praevia and placental abruption in second pregnant *BJOG* 2007;114(5):609-613.
- 11.-Ben-Nagi J. Walker A, Jurkovic D, Yazbek J, Aplin JD. The effect of caesarean section on the endometrium. *Int Gynaecol Obstet* 2009; 106(1):30-34.

- 12.-Xin Huang, Jun Lei, Hongzhuan Tan, et al. Cesarean Delivery for first pregnancy and neonatal morbidity and mortality in second pregnancy. Eur J Obstet Gynecol 158 (2011) 204-208.
13. - Synder CC, Wolfe KB, Loftin RW, et al. The influence of hospital type on induction of labor and mode of delivery. Am J Obstet Gynecol 2011; 205:346.e1-4.
- 14.-Khadijah I. Ismail, Zbigniew Marchocki, et al. Intrapartum caesarean rates differ significantly between ethnic groups- Relationship to induction. Eur J Obstet Gynecol 158 (2011) 214-219
- 15.- Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean section in Latin America: Ecological study. BMJ. 1999; 319:1397-1940.
- 16- Farr SL, Jamieson DJ, Vazquez RH, Ahmed Y, Heilig MCh. Risks factors for cesarean delivery among Puerto Rican women. Obstet Gynecol. 2007; 109:1351-1357.
- 17.- Menacker R, Declerq E, Macdorman MF. Cesarean delivery: Background, trends, and epidemiology. Sem Perinatol. 2006; 30:235-241.
- 18.-Waniez P, Wurtz B, Brustiein V. Abuse of caesarean Delivery in Brazil: Geographic dimensions of a medical aberration.Santé. 2006; 16:21-31.
- 19.- Liu S, Rusen ID, Joseph KS, Liston R, Kramer MS, Wen SW, et al. Recent trend in cesarean delivery rates and indications for cesarean delivery in Canadá. J Obstet Gynecol Can. 2004; 26:735-742.
- 20.- Suárez Ocando D. Cesárea. En: Zigelboim I, Guariglia D, editores. Clínica Obstétrica. 2ª edición. Bogotá: Editorial Disinlimed; 2007.p.583-589.
- 21.- Salinas P H, Carmona G S, Albornoz V J, Veloz R P, Terra V R, Marchant G R, et al. ¿Se puede reducir el índice de cesárea? Experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004; 69:8-15.
- 22.- Puentes-Rosas E, Gómez-Dantes O, Garrido Latorre F. Operación cesárea en México. Salud Pública Méx. 2004; 46:16-22.
- 23.- Sardiñas RA. La operación cesárea y la obstetricia de hoy. Ginecol Obstet Mex. 2005; 73: 155-159.

- 24.- Li T, Rhoads GG, Smulian J, Demissie K, Wartenberg D, Kruse L. Physician cesarean delivery rate and risk -adjusted perinatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2003; 101:1204-1212.
- 25.- Phipps M, Watabe B, Clemons JL, Weitzen S, Myers DL. Risk factors for bladder injury during cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2005; 105:156-160.
- 26.- Jaime Alcocer Urueta, Marcela Bonilla Mares, Viridiana Gorbea Chávez, Beatriz Velázquez Valassi Factores de riesgo asociados a lesiones vesicales en cesárea. *Actas Urológicas Españolas* 2009; 33(7):806-810
- 27.- Sistema de Registro del Archivo Clínico de HGO 3. La Raza.
28. - Danforth DN. Cesarean section: state of the art/ review. *JAMA* 1985, 253:811-818.
- 29.- Muñoz Enciso, José Manuel et al. Operación cesárea: ¿Indicación Justificante o preocupación Justificada. *Ginecol Obstet Méx* 2011; 79 (2): 67-74.
- 30.- Velasco –Murillo V. et al. Aspectos Epidemiológicos de la operación cesárea en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Prioridades en salud de la mujer.* México D.F. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2002; 13-21
- 31.- Guzmán Ibarra M. et al. ¿Es justificable la frecuencia de la operación cesárea en un hospital de Ginecoobstetricia de tercer nivel? *Ginecol Obstet Méx* 2003; 71 (3):291-296.
- 32.- Lee Santos Ignacio. Operación Cesárea. Causas y Tendencias. *Rev. Med. IMSS* 2004; 42 (3): 199-204.
33. - American College of Obstetricians and Gynecologists. Fetal heart rate patterns: monitoring interpretation and management. *Technical Bulletin No 207.* 1995
34. - Bohlen, EH. Davison, K. and Barret, J. M. The effect of electronic fetal monitoring on the incidence of cesarean section. *Am J. Obstet. Gynecol.* 141: 295-298, 1991.
- 35.- Langer, A. Evaluación de un programa para disminuir la frecuencia de las operaciones cesáreas en México. En: *Cesáreas, Tendencias actuales y perspectivas.* SSA /Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México / InPer. 1997. pp 65-72.

36. - Goyert G, Bottoms S, Treadwell M, Nehra P. The physician factor in caesarean birth rates. N Engl J Med 1989; 320:706-709