

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

“HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO”

TEMA:

PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA EN PRIMIGESTAS
EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

TESIS:

Para optar por el título de especialista en:

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DR. JESUS RAMÓN OSUNA GARATE

TUTOR:

DR. JUAN JIMENEZ HUERTA

México D.F. Mayo 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DR. CARLOS VIVEROS CONTRERAS
DIRECTOR DE ENSEÑANZA Y DESARROLLO ACADÉMICO

DR JUAN JIMENEZ HUERTA
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA
TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA
ASESOR DE TESIS

DR. JESUS RAMÓN OSUNA GARATE
TESISTA

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Juan Jiménez, por aceptar ser el tutor de mi tesis, por su asesoría, comprensión y su valiosa colaboración.

Al Dr. Abraham Pacheco, maestro y amigo, que con su incansable apoyo se logró culminar el presente proyecto.

A la Dra. Araceli Ocampo, por su motivación y apoyo.

A la jefa de enfermeras Amalia Beltrán por su enorme y desinteresada ayuda en la recolección de datos.

A mi esposa Miroslava, por sus desvelos a mi lado, al igual que mis hijas Ana, Linda y Tiffany por ser el motor de mi vida.

Resumen	5
Introducción	6
Marco teórico	7
Justificación	11
Planteamiento del problema	12
Hipótesis de trabajo	13
Objetivos	14
Material y métodos	15
Análisis estadístico	16
Variables	17
Resultados	19
Conclusiones	25
Hoja de recolección de datos	26
Cronograma de actividades	27
Bibliografía	28

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar cuáles son las principales indicaciones de operación cesárea en primigestas en un Hospital de Segundo Nivel de Atención.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo, en 500 pacientes primigestas, sometidas a cesárea, analizando las principales indicaciones en el HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UMF #3 Mazatlán Sinaloa, Instituto Mexicano del Seguro Social.

RESULTADOS: El total de la muestra analizada fue de 1050 pacientes sometidas a operación *cesárea*, de éstas 323 fueron primigestas, (30.76%). Este grupo de primigestas tuvo una media de 38.4 semanas de edad gestacional (EG), y 22 años y 7 meses la media para edad cronológica (EC).

Dentro de las tres principales indicaciones para cesáreas en primigestas, en primer lugar por frecuencias fue el oligohidramnios; en segundo lugar, sufrimiento fetal agudo, y en tercer lugar la desproporción cefalo-pélvica.

CONCLUSIÓN: El oligohidramnios fue la indicación más frecuente de cesárea en primigestas. La edad gestacional menor a 39 semanas se asoció más a esta patología. Lo mismo que a sufrimiento fetal. No así la edad gestacional igual o mayor a 39 semanas, que tuvo una asociación pronunciada a desproporción céfalo-pélvica. Nuestro indicador se encuentra alejado del ideal en cuanto al porcentaje cesáreo y parto

INTRODUCCIÓN

La operación Cesárea se define técnicamente como el procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación, a través de una incisión en el abdomen y en el útero.

La cesárea es una operación que se realiza frecuentemente. En países europeos como Inglaterra se reporta una casuística de casos nuevos por año del 21%, en Estados Unidos de Norteamérica del 26% y en Australia del 23%. En algunos países Latino Americanos como Chile, Argentina, Brasil, Paraguay y nuestro País, las cifras reportadas oscilan por arriba del 50%. En otras latitudes como Japón u Holanda como por ejemplo las cifras de cesárea oscilan en un 10% del total de nacidos vivos.

La Organización Mundial de la Salud menciona que no hay justificación para tener una incidencia de operación cesárea mayor al 10 al 15%, sin embargo a pesar de esta observación, la operación cesárea se ha incrementado de manera alarmante su frecuencia en los últimos 20 años.

En nuestro País, la alta incidencia de nacidos vivos por cesárea, se ha reportado elevada desde el año 2002, en ese tiempo el porcentaje reportado estaba muy cerca del 39.1%, cifras que hoy día siguen con una tendencia en aumento.

La OMS, así como el Instituto Mexicano del Seguro social y otras instituciones de salud, han elaborado lineamientos técnicos, Guías de práctica Clínicas y Recomendaciones para la práctica segura de operación cesárea sobre todo en primigestas.

Estos esfuerzos mundiales e Interinstitucionales tiene la finalidad de plantear estrategias para la reducción de la cirugía cesárea y/o la práctica de la cesárea innecesaria.

MARCO TEÓRICO.-

A pesar de las variadas y comentadas historias y supuestos del origen de la palabra cesárea y del procedimiento como tal, debemos de considerar dos hechos históricos a nuestro tiempo, ambos en distintas épocas y condiciones. *Plinio el viejo*, escribe en su monumental obra Historia Natural que el primero de los cesares nació mediante una cirugía practicada al útero de su madre. De aquí se derivan variadas y distintas conjeturas sobre éste hecho histórico para la Medicina. No fue sino hasta el año 1581 que el Médico Francés François Rousset, en una monografía menciona por primera vez que la palabra Caesar o césara tiene relación etimológicamente con la cirugía cesárea (section caesarienne), y en este punto coincide la mayoría de la bibliografía consultada.¹

La operación Cesárea se define técnicamente como el procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación, a través de una incisión en el abdomen y en el útero.

En México la primera operación Cesárea documentada se practicó en la Ciudad de Monterrey, en el Estado de Nuevo León, en el año de 1887, y fue realizada en una mujer con deformidad pélvica por J.H Meras y J.M Meras²

La cesárea es una operación que se realiza frecuentemente. En países europeos como Inglaterra se reporta una casuística de casos nuevos por año del 21%, en Estados Unidos de Norteamérica del 26% y en Australia del 23%. En algunos países Latino Americanos como Chile, Argentina, Brasil, Paraguay y nuestro País, las cifras reportadas oscilan por arriba del 50%. En otras latitudes como Japón u Holanda como por ejemplo las cifras de cesárea oscilan en un 10% del total de nacidos vivos.³

En nuestro País tiene un estadística muy parecida a la observada en Países latinoamericanos, y de ello han existido trabajos de investigación en donde se demostró que con algunas medidas se ha logrado disminuir la incidencia de Cesárea, y la moderadamente la mortalidad neonatal.⁴

La Organización Mundial de la Salud menciona que no hay justificación para tener una incidencia de operación cesárea mayor al 10 al 15%, sin

embargo a pesar de esta observación, la operación cesárea se ha incrementado de manera alarmante su frecuencia en los últimos 20 años.⁵

La incidencia alta de cesáreas, es actualmente un problema de salud pública y se sospecha que esta situación empeorará en los años siguientes. La razón para este incremento es compleja y parece estar relacionada con la "seguridad" que ofrece la operación cesárea, que ocasiona complacencia del médico y la paciente, sobre todo de ésta última en donde la mala información que adolecen las hace creer que es menos dolorosa, que intentar el trabajo de parto; la falta de experiencia y habilidades en los obstetras jóvenes, así como el temor a problemas médico legales, y presión que en algunos casos ejercen los familiares de las pacientes, son algunos de los factores que influyen en la toma de decisiones de maneja errónea. Otras causas que influyen son la edad, el índice de masa corporal, las enfermedades concomitantes con el embarazo, como la hipertensión asociada al embarazo que va en incremento, y desafortunadamente la mala práctica obstétrica, este último factor, ocasiona un desproporcionado incremento de la operación cesárea.^{6,7}

En un ensayo clínico, realizado en 36 países de Latino América, entre los se incluyeron Argentina, Brasil y México, se redujo hasta 25% de operaciones cesáreas mediante el condicionante de solicitar una segunda opinión para la realización final de una cesárea. En este punto, lo autores consideran de gran trascendencia éste hecho, puesto que esta medida puede ser aplicable a todos los centros hospitalarios.⁸

En nuestro País, la alta incidencia de nacidos vivos por cesárea, se ha reportado elevada desde el año 2002, en ese tiempo el porcentaje reportado estaba muy cerca del 39.1%, cifras que hoy día siguen con una tendencia en aumento.⁹

El incremento en la frecuencia de operación cesárea es un problema de salud pública a nivel mundial como ya se mencionó en párrafos anteriores, y particularmente en países emergentes como México. Recientemente se ha identificado un aumento considerable en la práctica innecesaria de la operación cesárea, que ciertamente no es inocua, pero si conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos. Este incremento va de la mano con una mayor morbilidad y mortalidad materna ya que se eleva el riesgo de placenta previa y acretismo placentario, lo que condiciona una mayor posibilidad de hemorragia obstétrica y por lo tanto mayor probabilidad de

muerte materna. La OMS, así como el Instituto Mexicano del Seguro social y otras instituciones de salud, han elaborado lineamientos técnicos, Guías de práctica Clínicas y Recomendaciones para la práctica segura de operación cesárea sobre todo en primigestas.

Estos esfuerzos mundiales e Interinstitucionales tiene la finalidad de plantear estrategias para la reducción de la cirugía cesárea y/o la práctica de la cesárea innecesaria.

En nuestro Hospital General de Zona, en el año 2014 se practicaron alrededor de 1171 cesáreas, contra 1198 partos. Si consideramos que el indicador para cesáreas en hospitales de segundo nivel es menor al 45%, entonces estamos en serios problemas en cuanto a la atención del paciente con calidad. De tal manera que siguiente las recomendaciones y sustentados en las Guías de práctica clínica, Las estrategias deberán lograr un descenso gradual del uso de cesáreas innecesarias en el corto plazo. En este punto se recomienda lo siguiente:

1) Vigilancia del indicador hospitalario del número de cesáreas en relación al número de nacimientos; 2) Revisión y análisis permanente del indicador hospitalario de cesáreas en relación a las metas institucionales establecidas. 3) Incorporar como una acción sustantiva del Comité Institucional de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal, el análisis periódico, retrospectivo, de la toma de decisión para la indicación de la operación cesárea con la participación del personal médico involucrado¹⁰

Otras recomendaciones a considerar, serían: establecer procedimientos intrahospitalarios, y procesos, que contribuyan a disminuir el número de cesáreas innecesarias. Como por ejemplo el llevar un censo de las embarazadas primigestas y compartir con ellas la información veraz que despeje sus temores y dudas. Otro punto es el seguimiento de las acciones y compromisos establecidos, y con esto llevar a cabo una retroalimentación al personal de salud de la unidad, esto a través de las hojas de llenado de información en primigestas, y las minutas del Comité de Seguimiento de pacientes operados de Cesárea. De igual manera la Capacitación permanente del equipo de salud sobre las indicaciones de la operación cesárea; difundir el Lineamiento Técnico para una Cesárea Segura en el programa de capacitación de cada unidad hospitalaria. Reforzar la enseñanza del personal médico, incluyendo a los médicos residentes de gineco-obstetricia y Medicina Familiar.¹¹

Oros aspectos recomendados serían:

Instalar, difundir y utilizar la Biblioteca Electrónica de Salud Reproductiva elaborada por la Organización Mundial de la Salud. Capacitar al personal en el uso de la tecnología perinatal moderna. Fortalecer la capacitación del personal de salud en técnicas de comunicación interpersonal y de orientación en salud reproductiva, capacitar al personal del primer nivel de atención para realizar control prenatal de calidad, con el fin de llevar un embarazo seguro, haciendo la detección y manejo temprano de signos y síntomas de alarma durante la gestación, y comorbilidades, capacitar en forma permanente a las parteras tradicionales y a las auxiliares de salud en la atención del embarazo, con énfasis en la identificación oportuna de signos y síntomas de alarma, para la referencia oportuna de la mujer con embarazo de riesgo a las unidades de salud.^{12,13}

Finalmente como estrategia, sería reforzar las sesiones de Guías de Práctica Clínica en el paciente Obstétrico. Y la observancia de la Norma Oficial Mexicana para la práctica de Cesárea Segura.

De acuerdo a la estadística que revisamos en la literatura, las indicaciones más frecuentes por las cuales se consideraron en la toma de decisiones de una operación cesárea fueron: desproporción cefalopélvica, cesárea previa, sufrimiento fetal, ruptura prematura de membranas, presentación pélvica.

La OMS, así como el Instituto Mexicano del Seguro social y otras instituciones de salud, han elaborado lineamientos técnicos, Guías de práctica Clínicas y Recomendaciones para la práctica segura de operación cesárea sobre todo en primigestas. Por otro lado, en el registro chino subsidiado por la OMS, que comprendió el periodo 1990 al 2014, y abarco 150 Países, el porcentaje global de nacimientos por cesárea fue del 18,6%, siendo América Latina y el Caribe, la región con la mayor incidencia y alcanzo el 40.5 %

Estos esfuerzos mundiales e Interinstitucionales tiene la finalidad de plantear estrategias para la reducción de la cirugía cesárea o la práctica de la cesárea innecesaria.^{11, 13,14, 15}

Algunas de las estrategias que se han utilizado, involucran aspectos de organización y de cultura basados en 9 puntos básicamente considerando desde el monitoreo obstétrico, hasta la promoción de la salud a nivel pública de estas estrategias. Lo anterior con un impacto de reducción del 10% en al año 2006 a un 3% en el año 2015.^{16,17}

JUSTIFICACIÓN.-

El indicador de porcentaje de cesárea en un nuestro hospital considerado como segundo nivel de atención, se encuentra muy por arriba del indicador que el número de cesáreas menor al 40% situándonos casi en semáforo rojo.

Al respecto el Instituto Mexicano del Seguro Social, a iniciado una campaña para concientizar a las pacientes primigestas con una adecuada promoción del parto y los beneficios que trae el mismo. De igual manera a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, se llevan a cabo capacitaciones al personal de Salud en distintas modalidades para promover el trabajo de parto, y de igual manera tomar la decisión correcta de una indicación absoluta de cesárea en primigestas.

El reto más importante es el de sensibilizar a la madre de como tener una mejor salud reproductiva, y a la vez incidir en el médico para que mediante una segunda opinión se tomen decisiones tan importantes para el binomio materno fetal. Ya existen evidencias de una disminución del número de cesáreas, y esto se logró justamente con la estrategia planteada arriba, lo mismo que el darle validez al comité de vigilancia de operación cesárea como parte de una retroalimentación.

El cómo se llevará a cabo estas dos estrategias ya enunciadas será con la auditoria mensual de las minutas del Comité de Vigilancia Operación Cesárea, lo mismo que el seguimiento del expediente clínico evaluando la nota pre quirúrgica y postquirúrgica que justifica la causa por la cual se practicó la operación cesárea.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. -

La cesárea en Primigestas es considerada como un problema de salud pública, con serias repercusiones en la salud materno-fetal.

En Países con mayor nivel socioeconómico como el Reino Unido la incidencia de esta práctica es del 25 % anualmente. En nuestra región de Latinoamérica y en nuestro País, el porcentaje de realización de operación cesárea es superior al 50%. Cabe señalar con contamos con estadísticas fiables para evaluar y determinar cuál es la incidencia anual de cesárea en primigestas, y tampoco tenemos la frecuencia real de las principales indicaciones por las cuales se practicó la cirugía en este grupo de pacientes.

Entre los factores descritos en la literatura médica, se observa una falta de información sobre los beneficios del parto por parte de la paciente, y las causas inherentes al Médico como son la presunción de involucrarse de situaciones medico legales. Esto nos invita a reflexionar sobre la tarea que debemos de continuar como es corregir los problemas arriba mencionados, mediante una sensibilización a las futuras madres de los beneficios del parto. Por otro lado es una oportunidad para que a nivel Médico se ponga en marcha el comité de Vigilancia de Operación Cesárea, para procurar evitar la violencia obstétrica, haciendo hincapié en realizar una medicina Humanística y basada en la normatividad. A su vez, la mejora de la infraestructura como el contar con sala de trabajo de parto equipada para el monitoreo de la inducción del trabajo de parto, del bienestar materno fetal y su seguimiento, al igual que el tener la disponibilidad siempre de un quirófano para obstetricia, esto daría plena seguridad de que si hubiese un fracaso en el inducción, contar con esta infraestructura lo mismo que evitar a tiempo con el sufrimiento fetal, si este fuera el caso.

HIPOTESIS DE TRABAJO.- (1)

Tanto la desproporción cefalopelvica, como la falta de progresión en el trabajo de parto, y la inducción fallida son las causas más frecuentes de indicación de cesárea en primigestas en un hospital de segundo nivel de atención.

HIPOTESIS NULA (0).-

Tanto La desproporción cefalopelvica, como la falta de progresión en el trabajo de parto, y la inducción fallida no son consideradas como las causas más frecuentes de indicación de cesárea en primigestas en nuestro hospital.

OBJETIVOS.

GENERAL.- Determinar cuáles son las principales indicaciones de operación cesárea en primigestas en un Hospital de Segundo Nivel de Atención.

Específicos. -

Evaluar el porcentaje de acuerdo al indicador de cesáreas en el segundo nivel de atención.

Determinar qué medidas pueden ser importantes para disminuir la proporción de partos y cesáreas.

Determinar cuáles fueron las principales indicaciones en la toma de decisión en la cesárea. -

MATERIAL Y MÉTODOS.

Tipo de muestra: no probabilística.

Calculo mensual de número de cesaras entre número de partos de un total de nacidos vivos en un lapso de tiempo de un año.

Por tanto se considera una muestra por conveniencia 500 participantes

DISEÑO DEL DESTUDIO.- Estudio Retrospectivo.

LUGAR.- HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UMF #3 Mazatlán Sinaloa.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1.- Mayores de 18 años.

2.- Acepten participar en el estudio previo consentimiento bajo explicación detallada.

3.- Control prenatal de por lo menos en dos ocasiones en la Consulta.

4.- Que cuente con una segunda opinión Ginecológica

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1.- Secundigesta, multíparas

2.- Enfermedad terminal renal.

3.- Portadora del virus del papiloma

4.- Condiciones como emergencia obstétrica.

5.- Placenta previa.

6.- Producto único vivo valioso.

7.- Período intergenésico menor a 18 meses.

8.- Algún tipo de malignidad que tenga la paciente.

9.- Expedientes incompletos.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- 1.- Muerte materna por complicaciones propias de la emergencia obstétrica.
- 2.- Pacientes trasladadas a otro nivel de atención

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.-

Se Determinará mediante el análisis de frecuencias.

Se hará el cálculo de variables universales mediante estadística descriptiva. Porcentajes y promedios.

Utilizaremos la gráfica de Pareto para determinar las cinco principales indicaciones por la cuales se practica la cesárea en primigestas.

Se aplicará una tabla de contingencia 2x2 para el cálculo de la Chi cuadrada.

Se considerará el valor de p menor a .05 como significativo, tratando de identificar que causa tiene mayor peso.

Empelaremos el indicador de calidad, de acuerdo al Manuel Metodológico de Indicadores Médicos. 2014. *% cesáreas en el segundo nivel de atención.* Como punto de comparación.

VARIABLE	DEFINICIÓN		ESCALA	MEDICION
	CONCEPTUAL	OPERATIVA		
Cesárea primigestas	Interrupción del embarazo mediante incisión a nivel del útero, y extracción del producto y placenta en la mujer en su primer embarazo.	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.	Nominal o dicotómica	sí si se llevó a cabo por primera vez en el primer embarazo o no si no ocurrió
Causas Maternas	Que la madre tenga una de las siguientes: Distocia partes 1) óseas, 2) de partes blandas o 3) de la contracción.	El diámetro transverso sea menor que el diámetro de la cabeza del producto. Tumores óseos de pelvis. 2) Malformaciones congénitas. 3) Hemorragia, patologías concomitantes de la Madre	Cuantitativa o de razón. Índice de desproporción cefalopélvica.	Relación Pelvis /cabeza menor .5
Causas Fetales	Todas las causas Inherentes al producto.	Macrosomía Situación del producto Prolapso cordón umbilical Sufrimiento fetal.	Razón	Diámetro cefálico mayor a
Causas Mixtas	Corresponde tanto a causas maternas como causas asociadas al producto	Síndrome de desproporción cefalopélvica, Preeclamsia eclampsia Infección amniótico, isoimmunización materno fetal.	Nominal	Sí o no.
Segunda opinión	En Obstetricia se define al médico, que ha sido consultado con el fin de confirmar o no el consejo o la vista de otro médico consultado.	Se refiere a que un médico Ginecólogo vierta su opinión sobre el mismo caso de la paciente que previamente fue evaluada por el primer Ginecólogo para lo cual debe		

		de estar adecuadamente requisitada en el expediente clínico de la paciente en cuestión.		
--	--	--	--	--

RESULTADOS

El total de la muestra analizada fue de 1050 pacientes sometidas a operación *cesárea*, de éstas 323 fueron primigestas, (30.76%). Este grupo de primigestas tuvo una media de 38.4 semanas de edad gestacional (EG), y 22 años y 7 meses la media para edad cronológica (EC).

Dentro de las tres principales indicaciones para cesáreas en primigestas, en primer lugar por frecuencias fue el oligohidramnios; en segundo lugar el sufrimiento fetal agudo, y en tercer lugar la desproporción cefalo-pélvica.

De acuerdo al análisis proyectado de Pareto, como se muestra en la (Figura 1), las principales indicaciones de cesárea explican que son las responsables de la indicación quirúrgica en o más del 80% de todas las causas.

En la (Figura 2) se observa que a partir de la integración de acciones y medidas tales como: conformación del comité de Muerte Materna; fortalecimiento del Equipo de Respuesta Inmediata; la capacitación constante del personal de salud involucrado; las valoraciones por pares para una segunda opinión quirúrgica, así como la utilización de una cédula única para recolección de información, fueron de suma importancia para que a partir del mes de Octubre, mes con el mayor número de operación cesárea, ésta empezara a disminuir casi de manera lineal .

En cuanto a la hipótesis de trabajo en donde se propusieron como las tres causas más frecuentes de indicación de operación cesárea, solamente se reafirmó al *oligohidramnios* como una de las principales indicaciones de cesárea.

Al analizar la asociación entre variables como (EG), y (EC), así como los turnos laborales en los que se llevaron a cabo dicha intervención, se concluyó el siguiente análisis estadístico mediante la tabla de contingencia 2×2 Chi^2 y corregida de Yates obtuvimos lo siguiente: oligohidramnios se asoció más a (EG) en pacientes con gestaciones menores de 39 semanas con un OR de 6.24.

En tanto para esta misma indicación, la (EC) representó apenas un OR de 0.61

En cuanto a la segunda causa más frecuente, el sufrimiento fetal, la (EG) presentó una asociación con un OR de 4.37, igual en primigestas con (EG) menor a 39 semanas. En éste caso, la (EC) también presentó una asociación con un OR de 2.32, más en mujeres menores de 25 años.

Por último la Desproporción Céfalo-Pélvica (DCP) fue la tercera causa de cesárea más frecuente en nuestro Hospital, de nueva cuenta la (EG) presentó una fuerte asociación con un OR de 13.9 en mujeres con igual o más de 39 semanas de gestación. No así la (EC) que no impactó en esta indicación de cesárea.

En cuanto a la cirugía por turnos, estos resultados se muestran en la (Figura 3), la cual demuestra que el porcentaje varía mínimamente entre los tres turnos, sin ninguna diferencia estadísticamente importante.

En lo que respecta al indicador *porcentaje de cesáreas en segundo nivel de atención*, este se calculó en un 54.1% muy por arriba del valor deseado.

Finalmente se describen en la (Tabla 1) las 9 principales causas de indicación de operación cesárea realizadas en primigestas de nuestra unidad.

RESULTADOS

Gráfico de Pareto

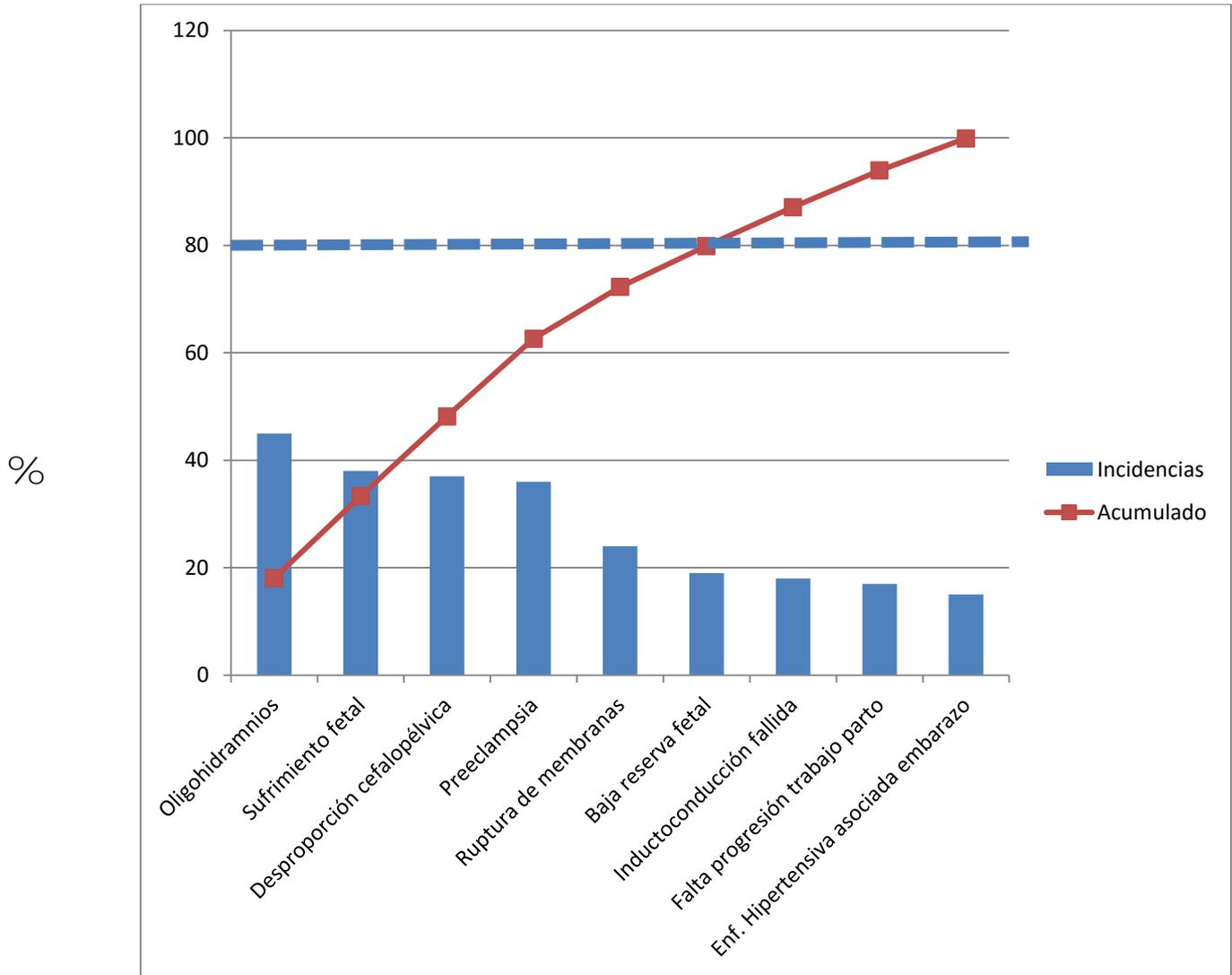


Figura 1

RESULTADOS

Frecuencia de cesárea y partos, Abril 2015 a Marzo 2016

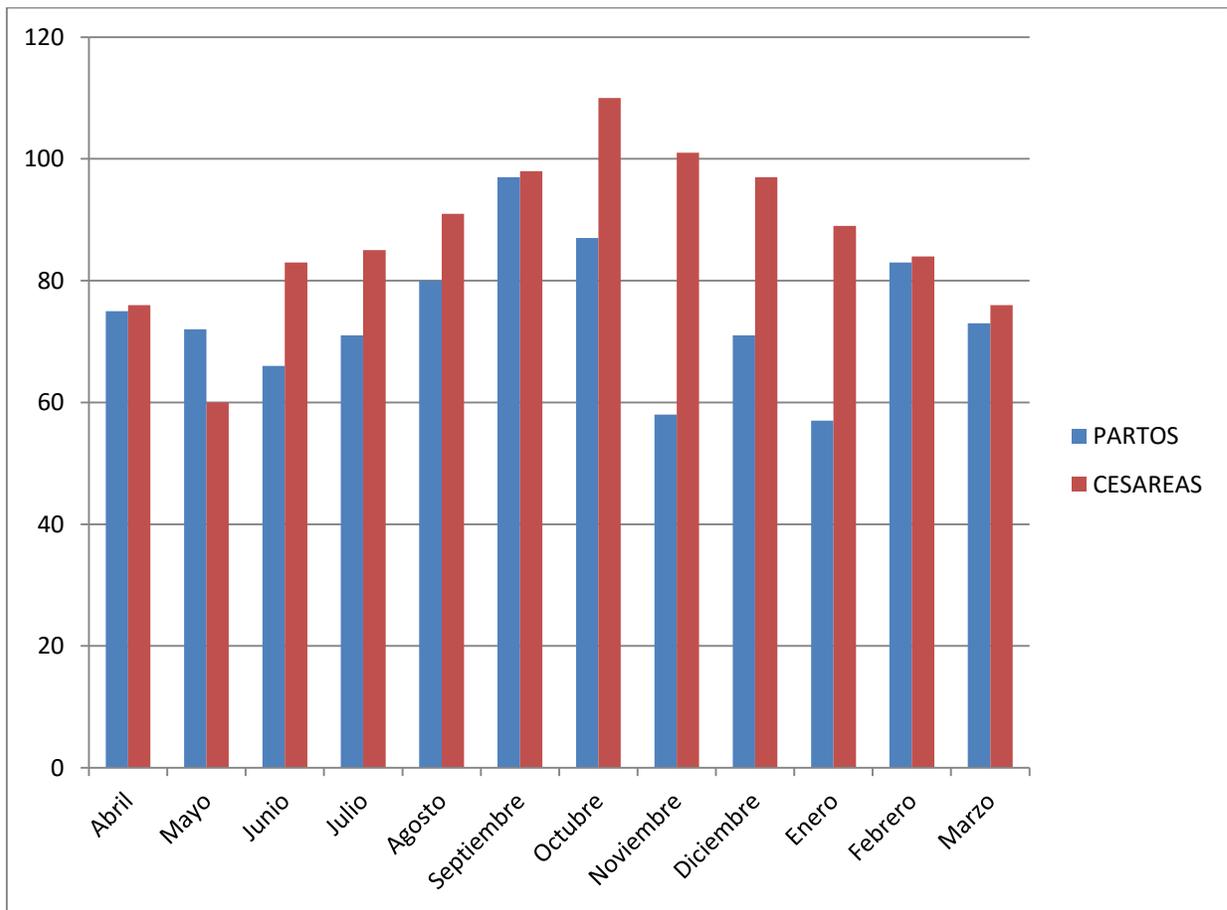


Figura 2

RESULTADOS

Cesáreas realizadas por turno

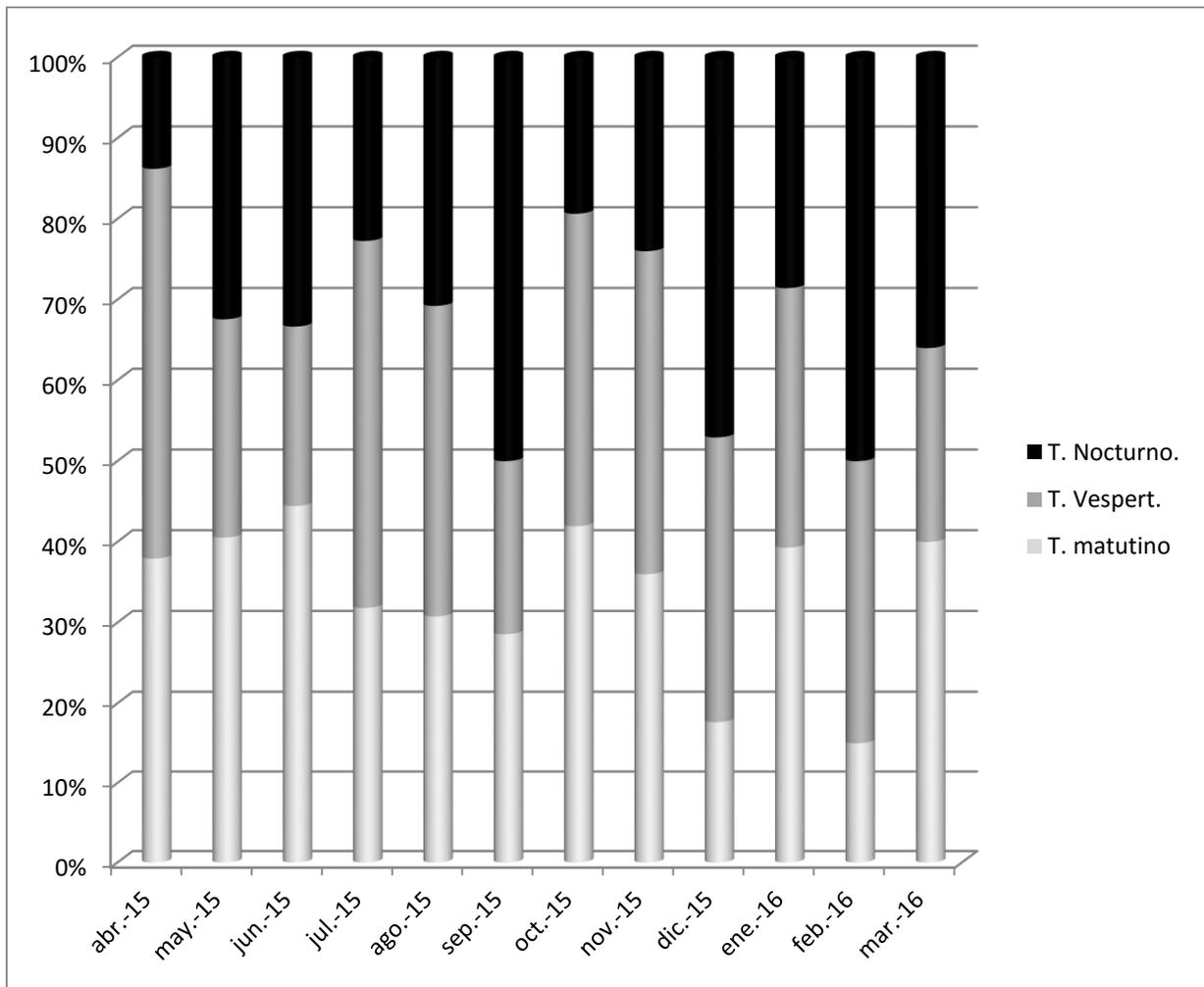


Figura 3

RESULTADOS

Indicaciones más frecuentes de cesáreas en Primigestas.

Tabla 1

Posición	Indicación cesáreas.	Frecuencia	% cesáreas Primigestas
1	Oligohidramnios	45	13.93
2	Sufrimiento fetal	38	11.76
3	Desproporción céfalo-pélvica.	37	11.45
4	Preeclampsia	36	11.14
5	Ruptura de membranas	24	7.43
6	Baja reserva fetal	19	5.88
7	Inductoconducción fallida	18	5.57
8	Falta progresión trabajo de parto	17	5.26
9	Enf. Hipertensiva asociada embarazo	15	4.64

CONCLUSIONES

El oligohidramnios fue la indicación más frecuente de cesárea en primigestas. La edad gestacional menor a 39 semanas se asoció más a esta patología. Lo mismo que a sufrimiento fetal. No así la edad gestacional igual o mayor a 39 semanas, que tuvo una asociación pronunciada a desproporción céfalo-pélvica. Nuestro indicador se encuentra alejado del ideal en cuanto al porcentaje cesáreo y parto.



**Supervisión Operativa a la Atención Obstétrica Hospitalaria
INDICACION CESAREA PRIMIGESTAS**

Hospital _____ Tipo y Número _____ Delegación _____ Fecha sup. _____
dd/mm/aaaa

ADMISIÓN DE LA UNIDAD DE TOCOCIRUGÍA

Nombre de la paciente _____ Nombre del MÉDICO que la ingresa a labor _____ Turno: M, V, N, J
NSS _____
Nombre _____ No Dh IMSS, registre IMSS Progresos, Seguro popular, etc.
Fecha _____ Edad _____ G _____ P _____ A _____ C _____ FUM _____ FPP _____
dd/mm/aaaa Hora:min dd/mm/aaaa dd/mm/aaaa
Sem. Gest. _____ T.A. _____ FCF _____ Cérvix: Longitud _____ Borramiento _____ Dilatación _____
Sistólica / Diast _____ cm %
Trabajo de parto: _____ Fase latente _____ Membranas integras: _____ Tiempo _____ Caract. LA _____
SI/NO Fase activa _____ SI/NO ruptura Horas Normal, Meconial, otra
Diagnóstico(s) de ingreso UTQ: _____ Motivo del ingreso, incluye patología preexistente

INGRESO A LA UNIDAD DE TOCOCIRUGIA (UTQ)

Fecha _____ Pelvis materna: Estrecho Medio _____ S= Suficiente Peso fetal estimado _____
dd/mm/aaaa Hora:min Estrecha Inferior _____ L= Límite R= Reducida
Registro cardiotocográfico: FCFB _____ Variabilidad _____ N = Normal Aceleración _____ Desaceleración _____
A = Anormal Núm Núm Tipo
Interpretación diagnóstica RCTG _____

Inducto-conducción: _____ Fecha inicio _____ Fecha termino _____
SI/NO dd/mm/aaaa Hora:min dd/mm/aaaa Hora:min

NOTA MÉDICA PREOPERATORIA

Indicación de cesárea _____ Dx motivo de cesárea _____ Nombre del MÉDICO que indica la cesárea _____ Turno: M, V, N, J
dd/mm/aaaa Hora:min
Congruencia Cl Dx indicación cesárea _____ No, por qué? _____
SI/NO

NOTAS MÉDICAS-INTERVENCIÓN CESÁREA

Tipo _____ Anestesia _____ Complicaciones _____ Nombre del MÉDICO que realizó la cesárea _____ Turno: M, V, N, J
Segmentaria, Corporal, otra Bloqueo, General, otra Maternas
Nacimiento _____ RN _____ Apgar _____ Peso _____ Sem. Gest. _____
dd/mm/aaaa Hora:min Vivo/Muerto 1 min 5 min g.
Complicaciones al nacer _____ Sí, cuáles? _____
SI/NO

EGRESO HOSPITALARIO

Fecha _____
dd/mm/aaaa Hora:min
Diagnóstico(s) _____ Congruencia Cl. Dx. Tx _____
SI/NC
Dx(s) hoja Alta-1/98 _____ Cong. Nota méd. y Alta-1 _____
SI/NC
Nombre y categoría de quién supervisa _____

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Año 2015	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR ABR
Diseño de protocolo REGISTRO												
Recolección información												
Análisis de la información												
Redacción escrito médico												
Presentación de tesis y publicación												

BI BLI OGRAFÍA

- 1.- Taller Simposio sobre Operación Cesárea. Círculo Social "Cristino Naranjo". La Habana, octubre 26 de 1996.
- 2.- <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-6/RFM47605.pdf> Villanueva Egas, LA. Operación Cesárea: una perspectiva integral Monografía. Hospital "Dr. Manuel Gea González ", SSA.
- 3.- 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.
- 4.- Guía de Práctica Clínica Realización de Operación cesárea. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo Maestro GPC IMSS 048-08.
- 5.- Souza, J. P. Líderes de opinión locales: Aspectos prácticos de la BSR (última revisión: 17 de julio de 2007). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- 6.- Caesarean section Clinical guideline Published: 23 November 2011 nice.org.uk/guidance/cg132. Royal
7. - <https://www.rcog.org.uk/en/news/rcog-statement-on-new-who-guidance-on-caesarean-section/RCOG> (Royal College of Obstetricians & Gynecologists) statement on new World Health Organization (WHO) guidance on caesarean section. News 16 April 2015 .
- 8.-Fernando Althabe, M.D., Special Article A Behavioral Intervention to Improve Obstetrical Care. *NEJM*, 2008, 358; 1929-1940.
9. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/cd005528_richardf_com/es/index.html. Richard, F. y De Brouwere.
- 10.- Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, y colaboradores. Rates of cesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Pediatric and perinatal epidemiology*. 21, 98-113. 2007
- 11.- Manual de Diagnóstico y Tratamiento de Obstetricia y Perinatología. Ministerio de Salud Pública de Cuba.

12.- American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Practic eBulletin N° 2, 1998.

13.- <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf> Cesárea Segura. Lineamiento técnico.

14.- Betrán AP; Ye J; Moller AB, y colaboradores. The increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014

Journal. Pone. 0148343. February 5 2016.

15.- Puentes-Rosas, E.; Gómez-Dantés, O. MC, MSP, Garrido-Latorre, F. MC, DSP Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados Salud Pública Méx 2004; Vol. 46(1): 16-22)

16. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/048_GPC_Cesarea/IMSS_048_08_GRR.pdf. Guía de Práctica Clínica. Reducción de la frecuencia de operación cesárea. IMSS 048 08

17.- Blomberg M. Avoiding the first cesarean section- results of structured organizational and cultural changes. doi: 10.1111/aogs.12872. 06 Feb 2016.