



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Características De La Población Sometida A Cesárea En El Hospital General Dr Darío Fernández Fierro En El Periodo De Enero A Diciembre 2016

PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

Dr. René Adonai Rodríguez Jiménez

ASESORES:

DR HANTZ IVES ORTIZ ORTIZ

DR. JUAN JOSE ESPINOZA ESPINOSA.

Facultad de Medicina



CIUDAD DE MEXICO, JULIO DE 2017

HOSPITAL GENERAL

“DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO”





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.



DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres quienes a pesar de la distancia, ocupaciones, espacio y tropiezos de la vida, siempre han encontrado la forma de estar cerca de mí, además de otorgarme la vida, educación, consejos, apoyo incondicional, y todo el amor que he necesitado a lo largo de mi estancia en la vida.

A mi novia Carolina por todo el apoyo otorgado durante mi paso por la especialidad, a pesar de adversidades, tiempos difíciles, siempre busco la manera de ayudarme y hacer que saliera y saliéramos adelante.

A mi hermano Zerbal, que siempre me ha echado porras en todas las decisiones que tomo, y que sé que siempre está ahí cuando lo necesito, y también cuando no lo necesito.

Agradezco a mis maestros de toda la vida, desde el más abusivo que me enseñó lo que no se debe hacer, hasta el más paciente y bondadoso.

Agradecimiento especial para mis más recientes maestros. Al Doctor Hantz por su paciencia y apoyo para transmitir el conocimiento médico y quirúrgico siempre que tuviera oportunidad, a la Doctora Vázquez, quien no solamente enseña medicina y ginecología, sino lecciones de vida, paciencia, y bondad hacia las pacientes que son nuestro motivo de existir. A la Doctora Yadhira porque sé que encontré a una excelente maestra y persona en ella. Al Doctor Morales por enseñarme a disfrutar del trabajo. A la Doctora Inclán porque me hizo aprender que la empatía y honestidad siempre será algo importante en la vida de un médico. Al Doctor Ramírez por insistirme siempre que debemos mantenernos humildes como personas y como médicos.

Agradezco a Dios, al Dios cuya existencia llega a ser cuestionada aún por muchas personas, pero que a pesar de ello, no debemos de perder el sentido de vivir, de buscar la felicidad, y de sobre todo, continuar aprendiendo cuanto es posible para lograr ayudar a nuestros semejantes.

René Adonai Rodríguez Jiménez



UNIDAD MÉDICA:

ISSSTE. HOSPITAL GENERAL "DR DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO"

NO. DE REGISTRO:

332.2017

REALIZADORES

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

DR RENÉ ADONAI RODRÍGUEZ JIMÉNEZ

RESIDENTE DEL CUARTO AÑO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

INVESTIGADORES ASOCIADOS:

DR ORTIZ ORTIZ HANTZ IVES

DR JUAN JOSÉ ESPINOZA ESPINOSA



ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo se realizó teniendo en cuenta los principios éticos de la práctica médica como: beneficencia y no maleficencia. Se tuvo en cuenta medidas para proteger la confidencialidad de los datos, utilizando sólo números en las historias revisadas.

PROTOCOLO VALIDADO POR LA COORDINACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE LA UNIDAD Y POR LA COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA.



CARTA DE TERMINACIÓN

Esta tesis fue realizada para obtener el grado de especialidad médica en Ginecología y Obstetricia, haciendo constar que se encuentra terminada con base en los objetivos planteados, y en la redacción para su revisión final y trámite de titulación, en el mes de Julio 2017.

Autorización de Tesis

Dr. Fermín Aguirre Valdés
Director del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro

Dr. Miguel Ángel Serrano Berrones
Jefe de Servicios de Enseñanza e Investigación del ISSSTE

Dr. Hantz Ives Ortiz Ortiz
Coordinador de Cirugía General

Dr. Armando Morales Vargas
Profesor Titular del Curso de Cirugía General

Dr. Hantz Ives Ortiz Ortiz
Asesor de tesis

Dr. René Adonai Rodríguez Jiménez
Autor



TÍTULO

**Características de la población sometida a cesárea
en el Hospital General Dr Darío Fernández Fierro
en el periodo de Enero a Diciembre 2016**



ÍNDICE

<i>CONTENIDO</i>	<i>PÁGINA</i>
<i>Resumen</i>	8-9
<i>Definiciones</i>	10
<i>Introducción</i>	11
<i>Marco Teórico</i>	12 - 17
<i>Planteamiento del problema</i>	18
<i>Justificación</i>	19
<i>Hipótesis</i>	19
<i>Objetivos</i>	20
<i>Material y Método</i>	21
<i>Descripción de Variables</i>	22-23
<i>Técnicas y Procedimientos</i>	24
<i>Análisis Estadístico</i>	24
<i>Resultados</i>	25-35
<i>Discusión</i>	36-37
<i>Conclusiones</i>	38
<i>Referencias Bibliográficas</i>	39-40
<i>Anexos</i>	41-42



***Características de la población sometida a cesárea en el Hospital Gral
Dr Darío Fernández Fierro en el periodo de Enero a Diciembre 2016.***

Autor: René Adonai Rodríguez Jiménez

Ciudad de México, D.F Julio de 2017

Palabras Claves: Cesárea, Partos, Índice de Cesáreas

RESUMEN

INTRODUCCION: La operación cesárea, es un procedimiento de la práctica médica obstétrica cuya finalidad es solucionar problemas que puedan poner en riesgo la vida del binomio materno-fetal, por lo que es imprescindible determinar el momento preciso de la acción quirúrgica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que en ninguna región del mundo se justifica una incidencia de cesáreas mayor del 10-15%.

La muerte materna y/o del producto, se ha ido incrementando en los últimos años, así como la frecuencia de cesárea, a tal punto que actualmente lo que parecía una solución, ahora se encuentra como un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida, así como las complicaciones . **OBJETIVO:** Conocer las características e indicaciones de las pacientes sometidas a cesárea en el Hospital General Dr Darío Fernández Fierro durante el periodo de Enero – Diciembre 2016.

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, retrospectivo. Se estudiaron un total de 565 pacientes de sexo femenino, de edades comprendidas entre 14 y 47 años, a quienes fueron sometidas para cesárea. Para el análisis de resultados se utilizó el programa estadístico electrónico SPSS 23ª edición, valorando medidas de desviación estándar como medida de variabilidad, frecuencia como estadística descriptiva **RESULTADOS:** Se encontró una frecuencia de cesárea de un 52.21%, encontrando entre las principales indicaciones de cesárea: desproporción céfalo-pélvica 17%, Sufrimiento fetal 14%, Preeclampsia 12%, Cesárea previa 12%, Baja Reserva Fetoplacentaria en 12%. El peso promedio de las pacientes sometidas a cesárea es de 79.22 krgs, con una edad promedio de 30.5023 años, con un 53% de pacientes con escolaridad nivel licenciatura.

CONCLUSIONES: La frecuencia de cesáreas del Hospital Dr Darío Fernández Fierro, es mayor al establecido por la OMS, encontrándose entre algunas de las causas más frecuentes, indicaciones relativas de cesárea, por lo que es necesario implementar estrategias con la finalidad de lograr una disminución en la realización de cesáreas en la unidad, sin que esto tenga repercusiones en la morbilidad del binomio.



SUMARY

INTRODUCTION: The cesarean section is a procedure of obstetric medical practice whose purpose is to solve problems that may endanger the life of the maternal-fetal binomial, so it is essential to determine the precise timing of the surgical action. The World Health Organization (WHO) mentions that no incidence of caesarean section is greater than 10-15% in any region of the world.

Maternal and / or maternal death has been increasing in recent years, as well as the frequency of cesarean section, to the point that today what appeared to be a solution is now a problem because of the excessive liberalization it has been conducted, as well as complications. **OBJECTIVE:** To know the characteristics and indications of patients undergoing cesarean section at the General Hospital Dr. Darío Fernández Fierro during the period January - December 2016.

MATERIAL AND METHODS: Retrospective, descriptive, cross-sectional, retrospective study. A total of 565 female patients, aged 14-47 years, who underwent cesarean section, were studied. **RESULTS:** A cesarean frequency of 52.21% was found, among the main indications of cesarean section: Cephalopelvic disproportion 17%, fetal distress 14%, preeclampsia 12%, previous cesarean section 12%, low fetoplacental reserve in 12%. The overall weight of the patients submitted to cesarean section is 79.22 krgs, with an average age of 30,5023 years, with 53% of patients with undergraduate level education.

CONCLUSIONS: The frequency of cesarean sections at the Dr. Darío Fernández Fierro Hospital is higher than that established by the WHO, and among some of the most frequent causes, there are indications of cesarean delivery. Therefore, it is necessary to implement strategies aimed at achieving a reduction in the accomplishment of cesarean procedures in the medical unit without having repercussions in the morbidity of the binomial.



DEFINICIONES CONCEPTUALES

Variables Epidemiológicas: Edad, lugar de procedencia, grado de escolaridad, ingreso, estado civil, peso.

Edad: Número de años cumplidos, la escala de medición será cuantitativa.

Lugar de residencia: Variable cualitativa nominal, nos indicará el Área geográfica donde habita una persona, puede ser Urbano o Rural.

Grado de Escolaridad: Variable cualitativa ordinal, nos indicará el nivel que se alcanza al superar determinado grado de estudio, pudiendo ser clasificado como: Analfabeta, Primaria, Secundaria, Bachillerato, Licenciatura, Posgrado.

Estado Civil: Variable cualitativa nominal, nos indicará la Situación jurídica de la gestante.

Incidencia de cesáreas: Número de intervenciones quirúrgicas cuyo propósito es extraer al feto a través de la vía abdominal, incidiendo en el útero

Edad gestacional: Duración del embarazo calculada desde el 1er día de la última menstruación normal hasta el nacimiento.

Indicación de cesárea: Causas determinantes de indicación cesárea.



INTRODUCCIÓN

El origen de la palabra cesárea generalmente se debe a “Lex Regia” del año 715 A.C: de Numa Pompilius (siglo VIII A.C.) que impedía inhumar a la mujer embarazada sin haber sacado previamente al niño con una escisión del abdomen (ley de los cesáres) a la leyenda que cuenta que Julio César nació de este modo. (1)

La operación cesárea incorporada a la práctica médica obstétrica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran significar muerte para la madre y/o el niño, se ha ido incrementando en las últimas décadas. Su frecuencia se ha acrecentado a tal punto que actualmente lo que parecía una solución es un problema de excesiva liberalización al a que ha sido conducida.

El ISSSTE no es ajeno a éste problema ya que en diferentes estudios realizados en distintos hospitales a nivel nacional reportan una alta incidencia de operación cesárea. Actualmente en el Hospital General Darío Fernández Fierro, no existen estudios anteriores realizados sobre el tema, por lo que es de suma importancia para el propósito entender los diferentes factores que se asocian a las indicaciones establecidas para la operación, y sobre todo bajo qué condiciones se realizan, revisando para el efecto en forma retrospectiva, los expedientes clínicos que fueron sometidas a la operación cesárea desde el periodo de Enero a Diciembre 2016.

La alta frecuencia de operación cesárea ya se considera un problema de salud pública a nivel mundial. Por tal razón se decide realización de estudio con la intención de conocer cuál es la incidencia de cesáreas en el hospital, cuáles son las indicaciones más frecuentes de ésta intervención quirúrgica y cuál es la edad gestacional de las pacientes intervenidas.



MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que en ninguna región del mundo se justifica una incidencia de cesáreas mayor del 10-15%. En las últimas décadas, las tasas de cesárea han aumentado tanto en países en desarrollo como en los países desarrollados. En la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS (WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health), que se realizó entre 2004 y 2005 en 24 regiones de ocho países de América Latina y que obtuvo datos de todas las mujeres admitidas para el parto en 120 instituciones seleccionadas aleatoriamente, la mediana de la tasa de partos por cesárea fue del 33%, y en hospitales privados se observaron tasas de hasta el 51%.⁽²⁾ De acuerdo con lo reportado en la literatura, su incidencia varía; siendo en países en vías de desarrollo de más del 80% de los casos en adolescentes.⁽³⁾

Más del 20% de las mujeres en Latinoamérica se embarazan antes de los 20 años, terminando más de la tercera parte en cesárea.^(4,5,6) Las estimaciones globales indican una tasa de cesárea a nivel mundial del 15%, con una variación del 3,5% en África, a un 29,2% en Latinoamérica y el Caribe. Los estudios de Estados Unidos, el Reino Unido y China reportan tasas entre un 20% y un 25%. Un estudio en Latinoamérica descubrió una variación del 1,6% en un hospital Haitiano, al 40% en Chile, y por encima del 50% en la mayoría de los hospitales privados. Las tasas de los países africanos del oeste y el este variaron entre un 0,3% en Níger y un 10,5% en Kenia. Antes de 1970, las tasas de cesárea en la mayoría de los países con recursos medios y altos variaban entre un 3% y un 5%.⁽⁷⁾

Actualmente, la cesárea es la intervención quirúrgica realizada con mayor frecuencia en obstetricia y ello se debe a factores tales como: la disminución de sus riesgos (antibióticos, bancos de sangre etc.); nuevas indicaciones sustentadas en mejores resultados perinatales y la escasa posibilidad del operador para adquirir habilidad en las maniobras por la vía vaginal.⁽⁸⁾ Sin embargo, a pesar de los grandes avances en materiales quirúrgicos y anestésicos y la modernización de las técnicas operatorias y anestésicas, la morbimortalidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal. ⁽⁷⁾ Su frecuencia se ha ido incrementando a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se vislumbra como un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida.^(8,9-11)

Este incremento ha ocurrido a pesar de las complicaciones potenciales que tal procedimiento implica para la salud de la madre y el recién nacido (National Institute of Child Health and Human Development, 1982; Rattner, 1996). Varios autores coinciden al afirmar que, junto con aspectos puramente clínicos, otras razones de carácter



socioeconómicas o culturales, o incluso relacionadas con el ejercicio de la práctica médica, desempeñan un papel sustancial para explicar las altas tasas de cesáreas existentes en años recientes en muchos países (Sakala, 1993; Stafford, 1991). (11)

En México, Campero, L et al, 2007, realizaron una investigación, en una muestra de 992 nacimientos de 847 mujeres que participaron en consultas prenatales y de las cuales se contaba con un registro completo en las variables de interés en este estudio. Los resultados descriptivos de los 992 nacimientos indican que la tasa promedio de (OC) fue de 32.80% por cada 100 nacimientos. La media de edad de las mujeres fue 30.2, con una desviación estándar de 4.2. El nivel educativo de las mujeres fue considerablemente alto en relación con el promedio de escolaridad de la población femenina en México, ya que para este trabajo 83.27% contaban con estudios universitarios. (12)

En México, Pavón L, et al, 2002, efectuaron una investigación, titulada: Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana, se revisaron un total de 1,080 expedientes clínicos de pacientes embarazadas atendidas durante el año de 1997, de las cuales a 402 se les practicó cesárea. Encontrándose como resultados que la frecuencia de cesáreas fue de 36.7%, con relación al número de nacimientos. Las indicaciones más frecuentes fueron: sufrimiento fetal agudo (28.4%), desproporción céfalo-pélvica (22.4%) y cesárea previa (15.2%). Donde se concluye que el estudio revela una frecuencia elevada si se toma como ideal el 15% sugerido por la normatividad. (13)

Al analizar y comparar la práctica de cesáreas en los últimos años en México se identifica que, de acuerdo con lo reportado por las mujeres que participaron en la ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012, ha habido un incremento de 50.3% de esta práctica en doce años ($p < 0.001$), al pasar de 30.0 a 45.1%. Por otro lado, la práctica de la cesárea por tipo de sector de realización, también se incrementó de 2000 a 2012 ($p < 0.01$) en 33.7% en el sector público (30.6 a 40.9%) y en 60.4% en el privado (de 43.4 a 69.6%), con lo que se amplía la brecha entre los sectores a través del tiempo. (15)

La información reportada por las mujeres de 2000 a 2012 sobre el lugar donde atendieron el parto de su último hijo nacido vivo, muestra un aumento en el número de cesáreas en todas las instituciones de salud, pero esto es más marcado para el ISSSTE/ ISSSTE Estatal (43 y 68% respectivamente), y el sector privado (hospitales, clínicas y consultorios) (43 y 70% respectivamente). (15)



La cesárea es la intervención quirúrgica que se utiliza para finalizar un embarazo o parto cuando hay causas maternas, fetales u ovulares que desaconsejan el parto vaginal, teniendo como objetivo extraer el producto de la concepción a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina (histerotomía).

INDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA

Las Indicaciones para ordenar la realización de una cesárea, se categorizan atendiendo si su causa primaria es de origen materno, fetal u ovular, las cuales a su vez, pueden ser consideradas con criterio de absolutas o relativas.

- Absolutas: Incluye a todas aquellas morbilidades y/o comorbilidades propias al embarazo-parto o asociadas a la gestación que la medicina evidencia ha mostrado que el parto vaginal no es posible, o bien de estar presentes, se asocian con altísimas probabilidades de muerte materna o fetal en caso de ocurrir un parto vaginal.
- Relativas: Incluye aquellas patologías las cuales ameritan unas condiciones de atención (infraestructura, recurso humano, apoyo diagnóstico, etc.) que de no tenerse, no se puede garantizar plenamente un buen pronóstico de la salud del binomio madre-feto durante la atención del parto vaginal.

A. MATERNAS.

* ABSOLUTAS.

- Desproporción céfalo-pélvica
- Fibrosis cervical.
- Plastia vaginal o del piso pélvico previas.
- Dos (2) o más cesáreas previas.
- Cesárea corporal única.
- Cirugía previa sobre el cuerpo uterino.
- Miomectomías que invaden a la cavidad uterina.
- Persistencia de la causa de la cesárea previa.
- Cesárea previa complicada (dehiscencia, Infección).
- Herpes genital activo.



- Condilomatosis florida obstructiva.
- Cardiopatía descompensada.
- Aneurismas o malformación arteriovenosa cerebral.

* RELATIVAS.

- Pre eclampsia-eclampsia.
- Una (1) cesárea segmentaria previa.
- Expulsivo prolongado
- Cérvix inmaduro, que no respondió a esquema de maduración.
- Embarazo Prolongado, que no inicia trabajo de parto.
- Dilatación Estacionaria

B. FETALES.

* ABSOLUTAS.

- Feto en Situación Transversa.
- Feto en variedad de Frente.
- Embarazo múltiple más de 2.
- Gemelar monoamnióticomonocorial.
- Gemelar bivitelino en que ambos no estén en cefálica.
- Peso fetal entre 1000 y 1500 gr.
- Sufrimiento fetal agudo en el primer periodo del parto.
- Distocias de posición persistentes: occípito-posterior
- Macrosomía Fetal mayor de 4.500 gr.

* RELATIVAS.

- Feto en presentación Podálica.
- Anomalías congénitas: hidrocefalia



- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Bienestar fetal antes del parto comprometido ante las contracciones uterinas.
- Peso fetal menor a 1000 gr.
- Macrosomía fetal (entre 4000 y 4500 gr.)

C. OVULARES.

* ABSOLUTAS.

- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta,
- Placenta previa oclusiva total.
- Prolapso de cordón con feto vivo.
- Oligohidramnios severo.

* RELATIVAS.

- Placenta Previa oclusiva parcial.
- RPM con infección (Corioamnionitis).
- Poli hidramnios (16)

Diversos trabajos de investigación apuntan a que en Estados Unidos los factores sociales y económicos tienen una influencia mayor para tomar la decisión de realizar una cesárea, que los beneficios médicos esperados, por lo que han estimado que más de la mitad de las cesáreas 117 pueden considerarse como innecesarias y se podrían reducir tanto la morbilidad como la mortalidad maternas y ahorrar costos por más de mil millones de dólares al año si se redujeran las tasas de la operación cesárea. De acuerdo con un grupo de investigadores de salud pública en Estados Unidos, más de la mitad de las cesáreas realizadas en 1987 fueron innecesarias y resultaron en 25,000 infecciones serias, lo que representó 1.1 millón de días de hospitalización extras y un costo por encima de mil millones de dólares; asimismo, alrededor de 500 mujeres murieron de sangrado, infección y otras complicaciones de la cesárea. Una cesárea costó, en 1989, casi dos veces más que un parto vaginal en Estados Unidos (7,186 vs. 4,334 dólares). Otro estudio, realizado en mujeres aseguradas de Alabama por la Aseguradora Vida Metropolitana, reportó que en aquellas mujeres que requirieron una cesárea el costo de la misma fue de 4,750 dólares más que en las mujeres que tuvieron un parto vaginal sin complicaciones en 1993 . Por otra parte, se ha



estimado que en Québec, Canadá, si las tasas de cesárea (18.8 x 100 nacimientos) fueran reducidas al mismo nivel que las de Finlandia (11.9 x 100 nacimientos), los costos del sistema del cuidado de salud provincial se reducirían en aproximadamente 19 millones de dólares canadienses por año. A su vez, cerca de 23% de los cuatro millones de nacimientos estimados en Estados Unidos a finales de la década de los noventa fueron por operación cesárea, y un tercio de estas cirugías fueron de repetición; solamente 40% de las aproximadamente 306,000 cesáreas de repetición anual fueron necesarias. Si se implementara la política de la Academia Americana de Médicos Familiares (AAFP por sus siglas en inglés), podría resultar en alrededor de 86,108 cesáreas menos cada año. Si bien es difícil calcular las diferencias de costos entre parto vaginal y operación cesárea, y aunque éstas pudieran haber disminuido, este estudio supone que por cada cesárea hay, en promedio, un gasto adicional de 3,500 dólares. La implementación de esta política podría además resultar en un ahorro estimado de gastos de cerca de 301 millones de dólares por año(17) .

En uno de los pocos trabajos que intentan explorar la repercusión económica de la cesárea en México, P. González (2001) intentó dimensionar el impacto del exceso de cesáreas en las instituciones públicas de salud. En 1996 el costo de un parto natural y de un parto por cesárea para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) representó 2,828 pesos (377 dólares) y 3,220 pesos (429.33 dólares), respectivamente —en ese año la tasa de cambio aproximadamente era de 7.50 pesos por dólar—. Para el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) representó 825 pesos (110 dólares) y 2,750 pesos (366.66 dólares), respectivamente. (17).

A partir de las tasas de operación cesárea recomendadas por la OMS, del 15 x 100 nacimientos, se calculó el costo adicional del exceso de este procedimiento con el objeto de estimar el costo económico que representa tanto para la institución como para el país; y en el periodo de 1993 a 1997 para el IMSS fue de 52.33 dólares para cada caso, y para el ISSSTE de 256.66 dólares por cada caso. De este modo, el costo por este exceso en el año de 1996, en términos financieros para el IMSS representó 6'805,674 dólares y para el ISSSTE 5'399,100 dólares, siendo el total de los costos de ambas instituciones de salud de 12'204,774 dólares.

Los estudios anteriormente presentados coinciden en señalar que las cesáreas cuestan más que los partos naturales, y por lo tanto el marcado incremento de la tasa de cesáreas tiene una importante repercusión económica en el área de la salud: implica una derrama de dinero, recursos públicos que podrían ser encauzados a buscar soluciones a otros problemas de salud. (17)



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS no existe alguna región del mundo donde se justifique porcentaje de cesáreas mayor al 15% en relación a nacimientos, sin embargo, se ha encontrado en el Hospital Darío Fernández Fierro, un incremento en el número de cesáreas realizadas, por lo que en busca de encontrar una explicación y estrategias de solución para disminuir la tasa de cesáreas, surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son las características e indicaciones de las pacientes intervenidas por cesárea en el Hospital General Dr Darío Fernández Fierro durante el periodo de Enero-Diciembre 2016?



JUSTIFICACIÓN

Actualmente no se cuenta con un protocolo eficiente sobre las indicaciones de cesárea en el Hospital General Darío Fernández, y es necesario entender los diferentes factores que se asocian a las indicaciones establecidas para la operación, conociendo de esta manera la situación real del hospital y aportar información que contribuirá a la toma de decisiones para replantear estrategias de manejo, con el fin de disminuir la tasa de cesáreas.

HIPÓTESIS

El nivel de escolaridad superior, así como la edad materna avanzada, son las características más frecuentemente encontradas en las pacientes sometidas a cesárea en el Hospital Darío Fernández Fierro en el periodo de Enero-Diciembre 2016



OBJETIVOS

Objetivo General

- Conocer las características y las indicaciones de las pacientes sometidas a cesárea en el Hospital Gral Dr Darío Fernández Fierro durante el periodo de Enero – Diciembre 2016.

Objetivos Específicos

1. Calcular la frecuencia de la operación cesárea en el Hospital Gral Dr Darío Fernández Fierro en el periodo de Enero-Diciembre 2016.
2. Conocer las indicaciones más frecuentes para la operación cesárea en el Hospital Gral Darío Fernández Fierro, en el periodo Enero-Diciembre 2016.
3. Conocer la edad gestacional de las pacientes intervenidas por cesárea en el Hospital Darío Fernández Fierro en el periodo Enero-Diciembre 2016
4. Conocer la escolaridad de las pacientes intervenidas por cesárea en el periodo Enero-Diciembre 2016
5. Conocer el número de consultas prenatales de las pacientes intervenidas por cesárea en el periodo Enero-Diciembre 2016.
6. Conocer el peso de las pacientes intervenidas por cesárea en el periodo Enero-Diciembre 2016



MATERIAL Y MÉTODO

✓ TIPO DE ESTUDIO

Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal

✓ POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes derechohabientes con embarazo de término de unidad tocoquirúrgica de Ginecología del Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro” ISSSTE.

✓ UNIVERSO DE TRABAJO

Mujeres Postoperadas de Cesárea del Hospital General “Dr Darío Fernández Fierro” ISSSTE



DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES DE RECOLECCIÓN DE DATOS			
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA MEDICIÓN
Porcentaje de Cesáreas	Porcentaje de intervenciones quirúrgicas cuyo propósito es extraer al feto a través de la vía abdominal, incidiendo en el útero.	Incidencia	Razón
Edad Gestacional	Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento	37-41 semanas	Intervalo
Indicación de Cesárea	Causas determinantes de la indicación de cesárea	Cesárea anterior DPP Sufrimiento Fetal, etc.	Nominal
Controles Prenatales	Procedimientos periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de factores que pueden condicionar morbimortalidad materna y perinatal	>0 = 6 consultas < 6 controles	Nominal



VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS			
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento hasta la muerte de una persona	Años	Numérica continua
Escolaridad	Nivel que se alcanza al superar determinado grado de estudio	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior- Técnica	Ordinal
Lugar de Procedencia	Área de origen de una persona	1. Ciudad de México 2. Otros	Nominal
Estado Civil	Situación Jurídica de individuo	1. Soltera 2. Casada 3. Divorciada 4. Conviviente	Nominal
Peso	Fuerza con la que la Tierra atrae a un cuerpo, por acción de la gravedad	Kilogramos	Numérica Continua



TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Para la aplicación de instrumentos necesarios para la recolección de datos, para el estudio, se gestionó la autorización de la Dirección del Hospital Darío Fernández, así como el apoyo y participación de personal administrativo y profesionales que laboran en la institución.

Se utilizará un formato de recolección de Datos, revisado y corregido por investigador coordinador del protocolo, acorde con los objetivos de la investigación, cuyos datos se registrarán luego de la revisión de las historias clínicas seleccionadas del servicio de Ginecología-Obstetricia de las pacientes que han sido intervenidas con cesárea en el periodo de Enero-Diciembre 2016.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Para la obtención de la información se realizará:

1. Hoja de recolección de datos con las variables de interés la cual se anexa al final.
2. Captura de datos en el programa SPSS 23 con las variables de interés.
3. Se realizará estadística descriptiva: Media, Desviación Estándar.
4. Se utilizarán tablas de distribución de frecuencias y en gráficos.



RESULTADOS

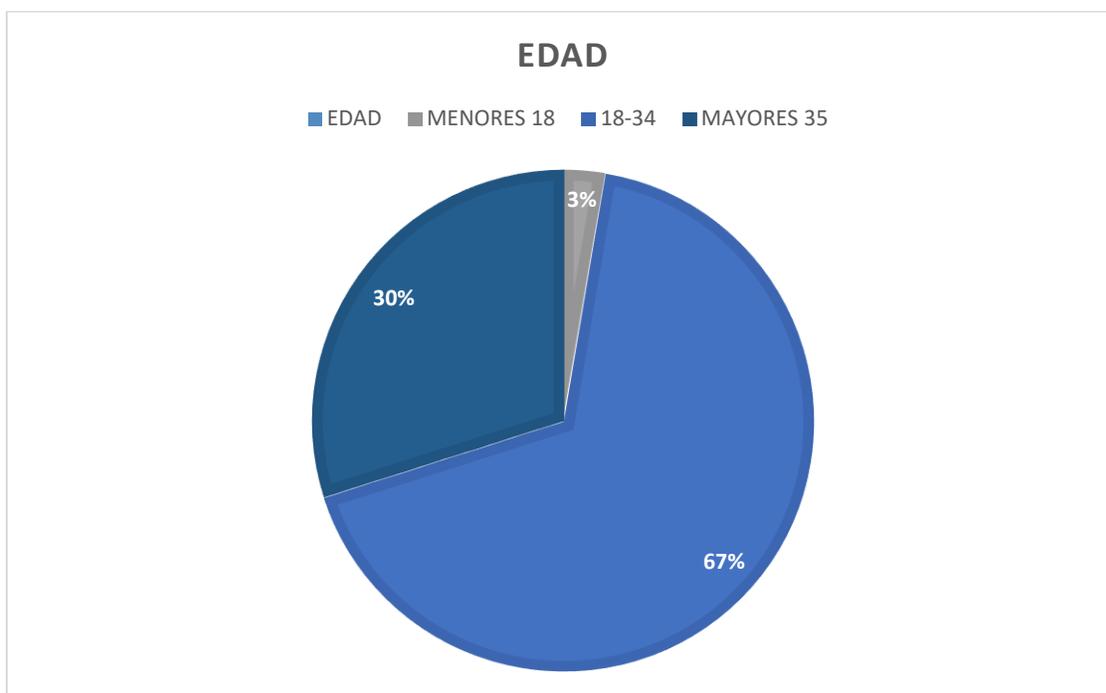
NACIMIENTOS

	PARTOS	CESÁREAS	TOTAL
<i>NACIMIENTOS</i>	517	565	1082
<i>PORCENTAJE</i>	47.78	52.22	100
<i>PORCENTAJE VÁLIDO</i>	47.78	52.22	100
<i>PORCENTAJE ACUMULADO</i>	47.78	100.00	100.00



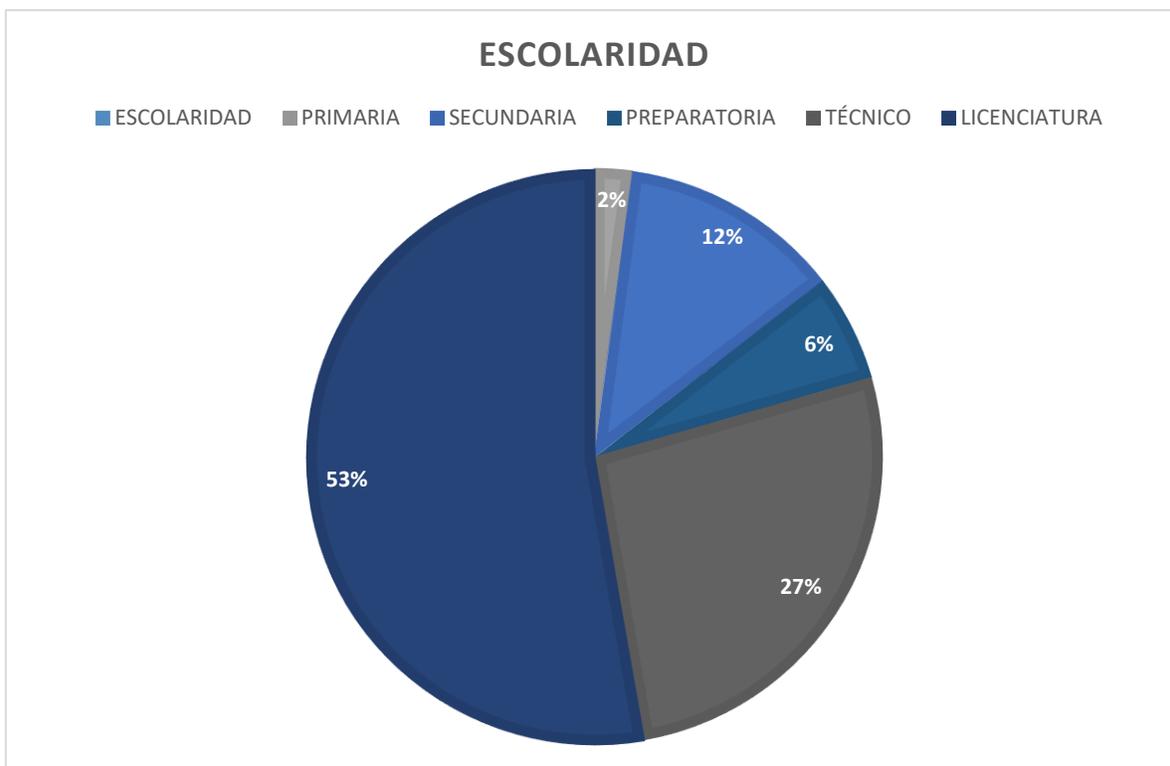


EDAD		PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
<i>MENORES 18</i>	15	2.65	2.65	2.65
<i>18-34</i>	381	67.43	67.43	70.09
<i>MAYORES 35</i>	169	29.91	29.91	100.00
<i>TOTAL</i>	565	100.00	100.00	100.00
<i>MEDIA</i>	30.5041			





<i>ESCOLARIDAD</i>		PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
<i>PRIMARIA</i>	12	2.12	2.12	2.12
<i>SECUNDARIA</i>	70	12.39	12.39	14.51
<i>PREPARATORIA</i>	34	6.02	6.02	20.53
<i>TÉCNICO</i>	151	26.73	26.73	47.26
<i>LICENCIATURA</i>	298	52.74	52.74	100.00
<i>TOTAL</i>	565	100	100	

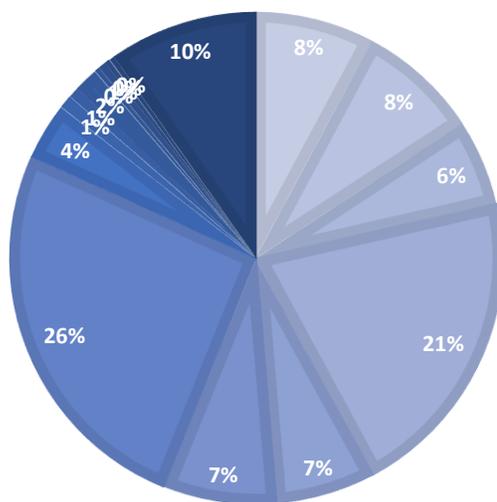




OCUPACIÓN	PORCENTAJE	
ABOGADA	44	7.79
EMPLEADA FEDERAL	45	7.96
ADMINISTRATIVO	32	5.66
AMA DE CASA	117	20.71
ENFERMERA	37	6.55
SECRETARIA	42	7.43
DOCENTE	145	25.66
INTENDENCIA	21	3.72
MÉDICA	5	0.88
ODONTOLOGA	4	0.71
POLICIA	9	1.59
AUXILIAR DE COCINA	2	0.35
ARQUITECTO	3	0.53
BIBLIOTECARIA	2	0.35
AUDITORA	2	0.35
OTRAS	55	9.73
TOTAL	565	100
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	42.0233566	

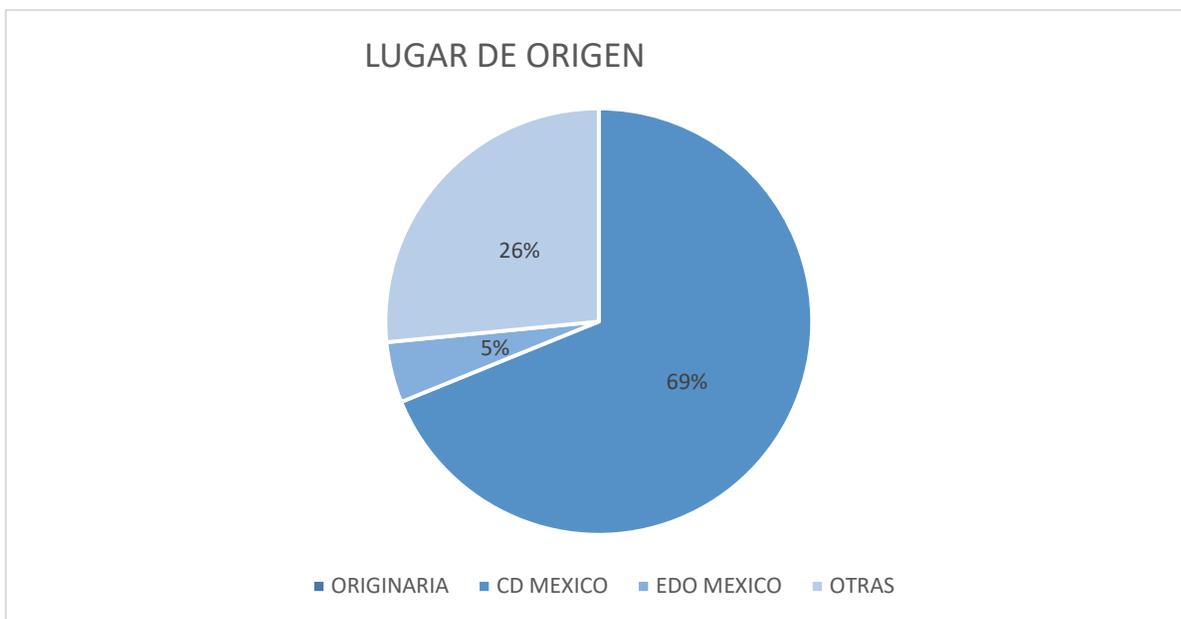
OCUPACIÓN MADRE

- OCUPACIÓN
- ABOGADA
- EMPLEADA FEDERAL
- ADMINISTRATIVO
- AMA DE CASA
- ENFERMERA
- SECRETARIA
- DOCENTE
- INTENDENCIA
- MÉDICA
- ODONTOLOGA
- POLICIA
- AUXILIAR DE COCINA
- ARQUITECTO
- BIBLIOTECARIA
- AUDITORA
- OTRAS





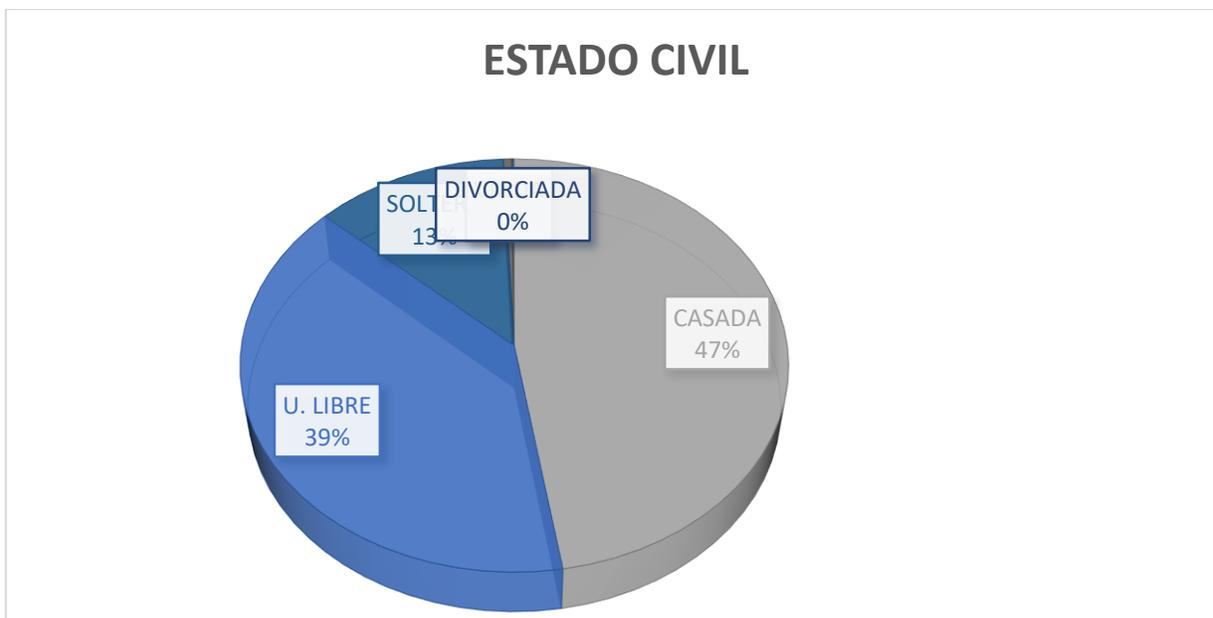
	ORIGINARIA	PORCENTAJE
<i>CD MEXICO</i>	389	68.84
<i>EDO MEXICO</i>	26	4.60
<i>OTRAS</i>	150	26.54
<i>TOTAL</i>	565	100
<i>DESVIACIÓN ESTÁNDAR</i>	184.511066	

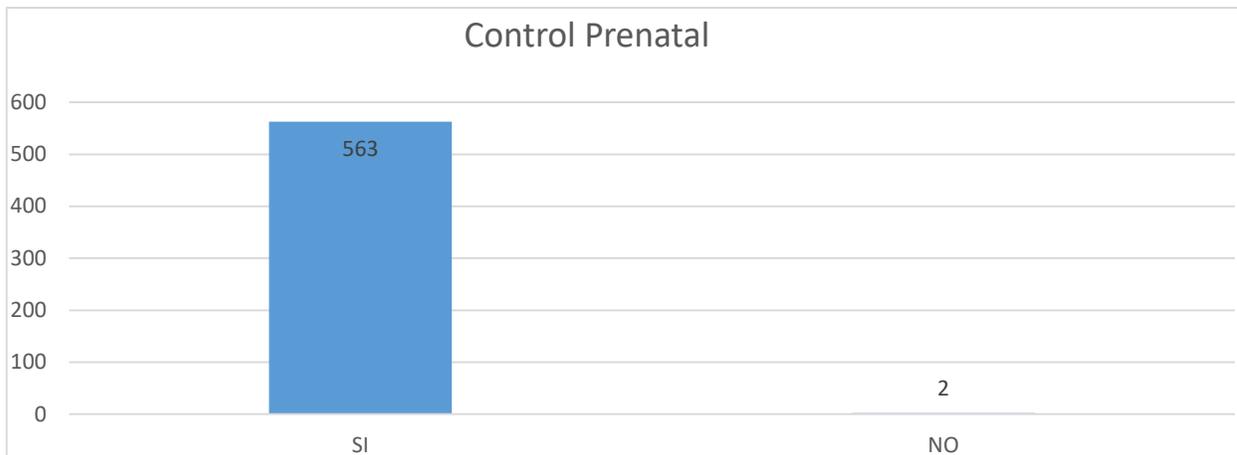




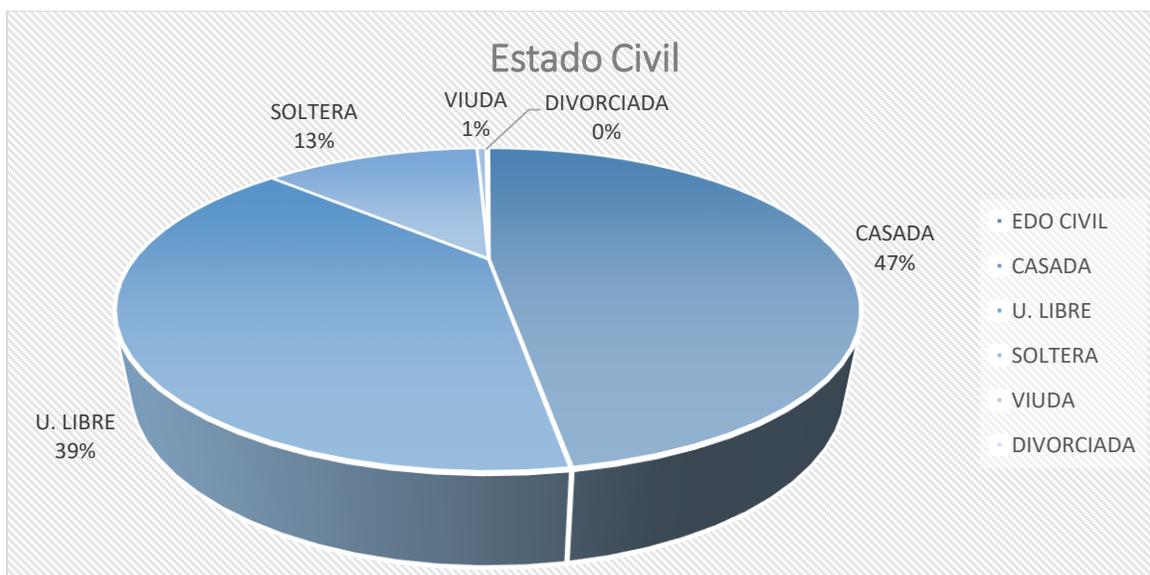
CONSULTAS CONTROL		PORCENTAJE
MENOS DE 5	61	10.79
MAS DE 5	504	89.20
TOTAL	565	100
PROMEDIO	11.72	
D.E.	313.24	

CONTROL PRENATAL		PORCENTAJE
SI	563	99.64
NO	2	0.35



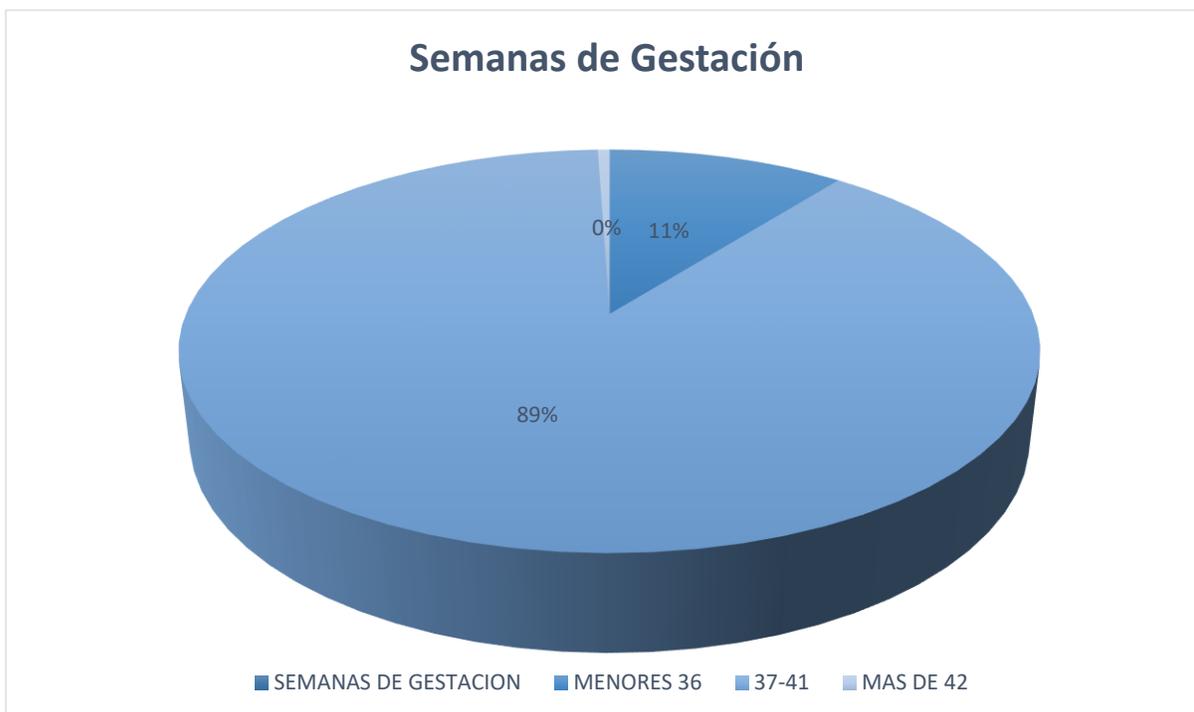


<i>EDO CIVIL DE PACIENTES</i>		PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CASADA	268	47.43	47.43
U. LIBRE	222	39.29	86.73
SOLTERA	71	12.57	99.29
VIUDA	3	0.53	99.82
DIVORCIADA	1	0.18	100.00
TOTAL	565	100	100





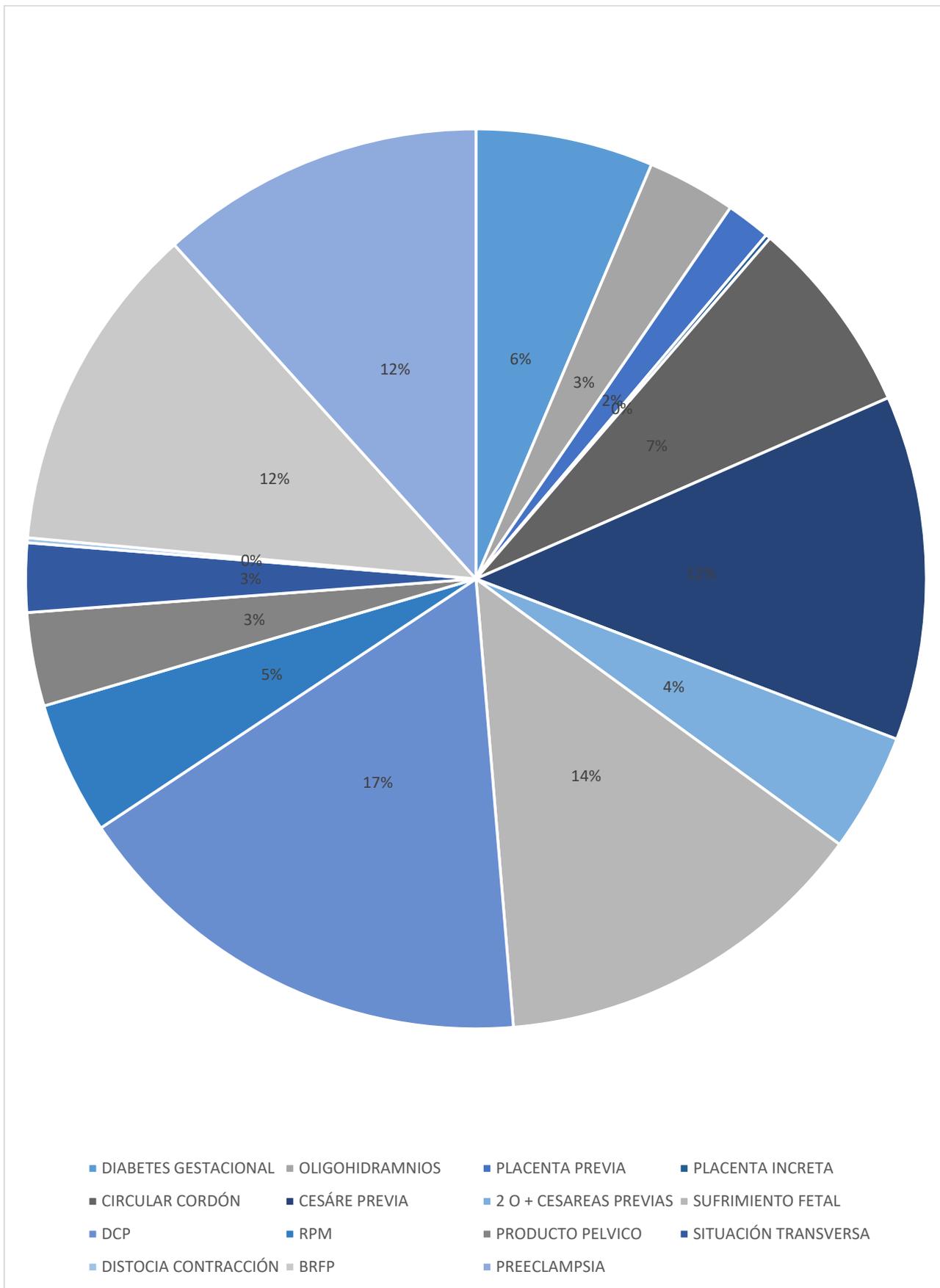
<i>SEMANAS DE GESTACION</i>		PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
<i>MENORES 36</i>	60	10.62	10.62	10.62
<i>37-41</i>	502	88.85	88.85	99.47
<i>MAS DE 42</i>	3	0.53	0.53	100.00
<i>TOTAL</i>	565	100	100.00	100



**PACIENTES CON CESAREAS PREVIAS****PORCENTAJE**

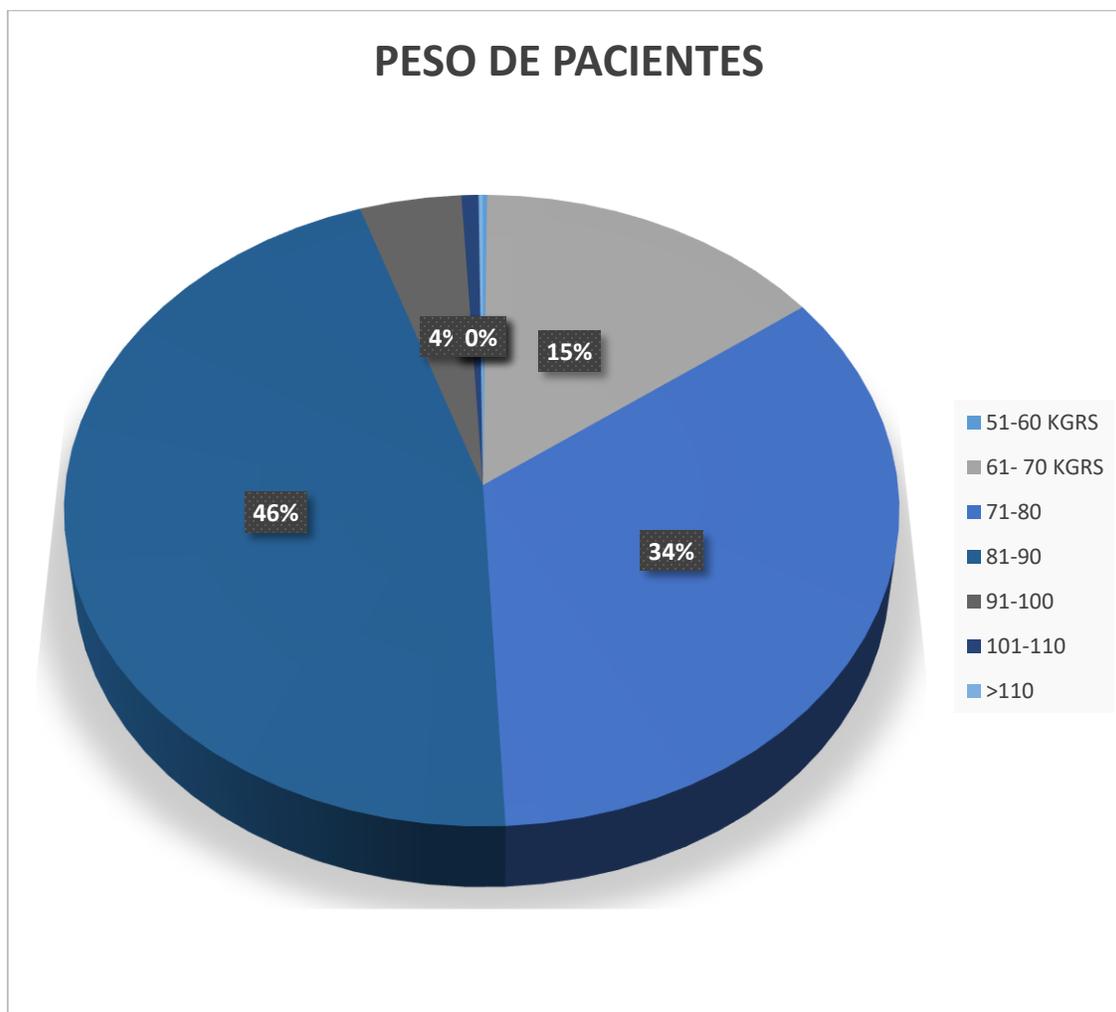
<i>NO</i>	330	58.41
<i>SI</i>	235	41.59

INDICACIONES CESÁREA	PACIENTES	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
<i>DESproporción CÉFALO PÉLVICA</i>	96	16.99	16.99	16.99
<i>SUFRIMIENTO FETAL</i>	77	13.63	13.63	30.62
<i>CESÁRE PREVIA</i>	70	12.39	12.39	43.01
<i>BAJA RESERVA FETOPLACENTARIA</i>	67	11.86	11.86	54.87
<i>PREECLAMPSIA</i>	66	11.68	11.68	66.55
<i>CIRCULAR CORDÓN</i>	40	7.08	7.08	73.63
<i>DIABETES GESTACIONAL</i>	36	6.37	6.37	80.00
<i>RPM</i>	27	4.78	4.78	84.78
<i>2 O + CESAREAS PREVIAS</i>	24	4.25	4.25	89.03
<i>PRODUCTO PELVICO</i>	19	3.36	3.36	92.39
<i>OLIGOHIDRAMNIOS</i>	18	3.19	3.19	95.58
<i>SITUACIÓN TRANSVERSA</i>	14	2.48	2.48	98.05
<i>PLACENTA PREVIA</i>	9	1.59	1.59	99.65
<i>PLACENTA INCRETA</i>	1	0.18	0.18	99.82
<i>DISTOCIA CONTRACCIÓN</i>	1	0.18	0.18	100.00
TOTAL	565	100.00	100.00	100.00





	PESO PACIENTES	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
51-60 KGRS	1	0.18	0.18
61- 70 KGRS	83	14.69	14.87
71-80	194	34.34	49.20
81-90	258	45.66	94.87
91-100	24	4.25	99.12
101-110	4	0.71	99.82
>110	1	0.18	100.00
TOTAL	565	100	100.00
PROMEDIO	79.2255		





DISCUSIÓN

En los últimos años el incremento de cesáreas ha sido notorio, según la OMS la prevalencia estimada para dicha intervención es del 15%, sin embargo la realidad en el Hospital General Dr Darío Fernández Fierro sobre pasa a más del triple, con un 52.22% de porcentaje para el año 2016. Este es un hecho que se presenta a nivel mundial, encontrando en un estudio realizado en la ciudad de México, documentando como “tendencia de cesáreas” la prevalencia fue del 32.8%. De acuerdo con un estudio publicado por la OMS, en ocho países de América Latina en alrededor de 100 mil mujeres de entre 24 y 43 años, el porcentaje de cesáreas se ubica en el 33 por ciento. Además, el porcentaje de incremento de las cesáreas en México en los diez años recientes ha sido de poco más de uno por ciento, con 64 por ciento de procedimientos aplicados en instituciones privadas. Este incremento reciente ha colocado el porcentaje nacional de cesáreas un poco más de 35%, cifra comparable a la de Brasil y Chile. (Información de la Organización Mundial de la salud)

Con respecto al motivo de cesáreas en nuestro trabajo las cesáreas realizadas por desproporción céfalo-pélvica ocupan el primer lugar en frecuencia, pero al comparar con un estudio realizado por Pavón et al, en el Instituto de ciencias de la salud de la Universidad Veracruzana, la indicación más frecuente fue el Compromiso del Bienestar Fetal con un 28.3%, indicación que es la segunda causa en nuestro estudio (13.63%), los trastornos hipertensivos relacionados con el embarazo, en nuestro estudio, son la cuarta indicación para la cesárea (11.68%), en contraste con el 5% del estudio de la Universidad Veracruzana. El antecedente de cesárea, representó la tercera causa más frecuente de indicación de cesárea (12.39%), lo que nos orienta al gran porcentaje de paciente con cesárea previa que se someten a la intervención, a pesar de que se puede practicar el parto vaginal con una cesárea anterior.

En cuanto al grupo etario, en el estudio del Dr. Pavón y cols, el porcentaje de cesáreas es más frecuente en las pacientes de 21 y 25 años, situación parecida a las usuarias de nuestra unidad, sin embargo, las pacientes mayores a los 36 años 7%, en contraste con la realidad de nuestro estudio, donde encontramos que el 29.9% de las pacientes tienen más de 35 años, hecho que según la literatura es un factor de riesgo en el embarazo, sin embargo ésta situación que se ha incrementado en los últimos años en el hospital, ya que con frecuencia acuden pacientes de edad, materna avanzada, y según nuestro estudio, con niveles de escolaridad mayor.

Según el grado de escolaridad el mayor porcentaje de personas (53%) poseen estudios de Licenciatura completa, lo cual es comparable con el estudio de Campero (México, 2007) donde se obtuvo que el mayor porcentaje (83.27%) contaban con estudios universitarios; esto se explica por la proporción de pacientes derechohabientes al instituto que en su mayoría se dedican a la docencia, o desempeñan empleos federales, sin embargo un



porcentaje de 2% posee sólo estudios primarios completos, esto se explica porque el hospital no atiende a personal de medianos a escasos recursos económicos.

En nuestro estudio un 89% de las gestantes intervenidas por cesárea presentan edad gestacional a término, lo cual es comparable con los estudios realizados por Campero (México, 2007), con el 88%, Pavón L. (México, 2002) con el 83.65; esto se debe a que el mayor porcentaje de gestantes acuden a su control prenatal a su centro de salud y son transferidas oportunamente al centro hospitalario, además de que las indicaciones de cesárea generalmente se dan cuando la paciente está a término y en un menor porcentaje en pre-término y posttérmino.

En este estudio, el 89% presentó controles prenatales aceptables (>6 controles), si comparamos con el estudio realizado por José Fernando (Oxapampa, 2004) donde se halló que el 71.5% presentó controles prenatales adecuados.

Aunque la disputa que las cesáreas protegen las vidas de la madre y el niño en situaciones de emergencia, las investigaciones recientes han empezado a concentrarse en los riesgos del procedimiento, por lo que no debe considerarse como una panacea para resolver las situaciones relacionadas con el nacimiento. Además, aunque los médicos continúan debatiendo los costos relativos al parto por cesárea, nadie discute los costos adicionales que el procedimiento imponen en los sistemas de salud.

Por lo anterior, se hace necesaria la planeación y el diseño de estrategias para estabilizar y posteriormente revertir la tendencia al aumento de la frecuencia de cesáreas que se observa en la actualidad.

El conocer la frecuencia y las indicaciones actuales de la operación cesárea, permitirá actualizar y uniformar criterios técnicos para la práctica de dicha intervención, manteniendo dentro de la normatividad correspondientes únicamente aquellas que a la luz de la información científica constituyen un beneficio incontrovertible para el bienestar materno y perinatal.



CONCLUSIONES

La cesárea es el procedimiento quirúrgico más realizado en el mundo, en mujeres en edad reproductiva; sin embargo, los organismos con mayor presencia internacional no han conseguido unificar el criterio de los médicos en relación a cuándo indicar la vía abdominal para la resolución del embarazo; esto ha provocado un aumento en la práctica de la operación, situación que se ha acentuado en los últimos años.

En el Hospital General Dr Darío Fernández Fierro, las indicaciones de cesárea más frecuentes son Desproporción Céfalo-Pélvica, seguida de sufrimiento fetal agudo (sin corroborar por gasometría), y cesárea previa.

Las condiciones socio-culturales en la actualidad, se han encontrado en constante evolución, al grado de que en la actualidad a través de las nuevas tecnologías y el acceso a la información, sumado al nivel de escolaridad de las pacientes, se ha condicionado en la exigencia de la terminación del embarazo por vía abdominal por parte de las pacientes.

En general existe una tendencia a incrementar la frecuencia de cesáreas, y esto se debe a varios factores: dentro de los cuales se encuentra la disminución de sus riesgos como acto quirúrgico, la aplicación de nuevas indicaciones sustentadas en mejores resultados perinatales, la aparición de nuevos factores del equipo de salud, la virtual ausencia de contraindicaciones, la docencia médica y la presión legal sobre los prestadores de servicio.

Existe evidencia de que el procedimiento compromete al feto y a la madre más que el parto; sin embargo, esta evidencia no constituye una herramienta para sobrepasar la voluntad de la madre. Es necesario el establecimiento de criterios precisos para la indicación de una cesárea, así como determinar con claridad los beneficios y el riesgo de esta práctica que permitan tener un sustento más amplio que soporte su indicación como primera elección.

Es recomendable efectuar análisis retrospectivo de indicaciones de las cesáreas realizadas de forma mensual, con la participación del personal médico involucrado, así como implementar la entrega personalizada por turno en el servicio de toco-cirugía de las pacientes, con factores de riesgo que pudieran obligar la operación cesárea. Igualmente recomendando realización de capacitación permanente del equipo de salud sobre las indicaciones de la operación cesárea, a través de análisis de artículos, revisión de trabajos oficiales, normas oficiales, en conjunto con la investigación clínica y operativa en busca de factores de riesgo para la operación cesárea.



BIBLIOGRAFÍA

1. Tacuri Ceballos C, MatorrasWeinig R, Nieto Díaz A, Ortega Gálvez A. Historia de la cesárea. Tokoginecol 1997; 56(4):189-93.
2. Organización Mundial de la Salud. Técnicas quirúrgicas para la cesárea. 2007. Disponible en:http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004662_abalosse_com/es/index.html
3. Zeck W, Walcher W, Tamussino K, Lang U. Adolescent primiparas: changes in obstetrical risk between 1983-1987 and 1999-2005. J ObstetGynaecol Res. 2008;34(2):195-198.
4. . Sterling S, Sadler L. Contraceptive use among adolescent Latinas living in the United States: the impact of culture and acculturation. J PediatrHealthCare 2009;23(1):19-28.
5. Vashishtha V. The State of the World's Children 2009: maternal health is the key to achieve MDGs 4 and 5. IndianPediatr 2009;46(3):233-234.
6. Lahariya C. State of the World's Children 2008. IndianPediatr 2008; 45(3):222-223.
7. Hofmeyr GJ, Mathai M, Shah A, Novikova N. Técnicas para la cesárea, 2008. Disponible en: <http://www.sguruguay.org/documentos/articulos/tecnicas-cesarea.pdf>
8. Schwarz L, Duverges C, Díaz A, Fescina R. Obstetricia 5º ed. (9º reimp) Bs.As: El Ateneo, 2003: 600-607. 12. Danforth DN. Cesarean section: state of the art/review. JAMA 1985, 253:811-818.
9. Pérez Sánchez A, DoñosoSiña E. Obstetricia. Bs.As: Mediterráneo, 1996; 27: 290-300.
10. Cuminghan G, Grant N, et al. Obstetricia 21ª ed. Bs.As: Panamericana; 2002: 463-469.



11. Martin JA, Hamilton BE, Ventura S. Birth: Preliminary Data for 2000. National Vital Statistics Reports 49, n5.

12. Campero L, Hernández B, Leyva A, Estrada F, Osborne J, Morales S, ampero L., Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la ciudad de México. México, 2007 . Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49n2/a07v49n2.pdf>

13. Pavón L, Gogeochea T, Ramírez M, Landa O., Frecuencia e Indicaciones de la operación cesárea en el hospital escuela de la universidad veracruzana. México. Disponible en: http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol2_num2/articulos/frec_indi_oper_cesa_heuv.html

14. Gonzalez P, Vega L, Cabrera P., Cesáreas en México: Aspectos sociales, económicos y epidemiológico, Universidad de Guadalajara, Primera Ed. 2011: 09-10, 116-119

15. Suarez L., Campero L., et al., Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Evidencia para política pública en Salud, Secretaría de Salud, 2012, Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf>

16. Clavo R, E.S.E Clínica de maternidad. Cesárea. Disponible en: <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/CST.pdf>

17. Gonzalez Pérez G., Vega López M., Cabrera E., Cesáreas en México: Aspectos sociales, económicos y epidemiológico

18. Echáis J, cesárea. experiencia en el Hospital General De Oxapampa. Perú 2004 Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol50_n2/a05.htm



ANEXOS TRABAJO DE *INVESTIGACIÓN*



FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FOLIO DEL ASEGURADO:

FECHA:

EDAD:

LUGAR DE PROCEDENCIA:

ESCOLARIDAD:

OCUPACIÓN:

EDO CIVIL: SOLTERA CASADA DIVORCIADA UNIÓN LIBRE

EDAD GESTACIONAL: <37 SEMANAS 37-41 SEMANAS > 41 SEMANAS

CESAREAS ANTERIORES: SI NO NÚMERO: CAUSA:

CONTROL PRENATAL: SI NO NÚMERO:

PESO:

INDICACIÓN DE CESÁREA:

- Desproporción Céfalo-Pélvica
- Cesárea Previa
- Sufrimiento Fetal
- Desprendimiento Prematuro de Placenta
- Parto Pélvico
- Otros: _____