



UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

“PANORAMA ACTUAL DE LA CESÁREA DE
PRIMERA VEZ EN EL HOSPITAL REGIONAL
“LICENCIADO ADOLFO LÓPEZ MATEOS”
REVISIÓN A 3 AÑOS.”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:
DRA. CRISTABEL ADRIANA ESCOBOSA ROCHA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ASESOR DE LA TESIS
DRA. MARIA DEL CARMEN GARCIA MARTINEZ

No. DE REGISTRO DEL PROTOCOLO
677.2018
CIUDAD DE MÉXICO, 2019



ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



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. DANIEL ANTONIO RODRÍGUEZ ARAIZA
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DRA. FLOR MARÍA DE GUADALUPE
AVILA FEMATT
JEFE DE ENSEÑANZA MEDICA

DRA. MARTHA EUNICE
RODRÍGUEZ ARELLANO
JEFE DE INVESTIGACIÓN

DR JUAN PABLO BARBA MARTIN
PROFESOR TITULAR

DRA. MARIA DEL CARMEN GARCIA MARTINEZ
ASESOR DE TESIS

RESUMEN

Antecedentes: La resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la operación cesárea constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal contemporánea y ha tenido indiscutiblemente un impacto extraordinario en la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Sin embargo, en la época reciente ha ocurrido un aumento considerable en la práctica innecesaria de la operación cesárea, que ciertamente no es inocua y conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos. El incremento tan notable en nuestro país en el número de cesáreas sin indicaciones justificadas en las instituciones del sector público y privado han unido esfuerzos para implementar estrategias tendientes a su disminución.

Objetivos: Determinar la tasa actual de cesárea de primera vez desde enero del 2016 a enero 2019. Corroborar los diagnósticos más frecuentes absolutos e identificar la morbilidad asociada en pacientes del ISSSTE "Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos".

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. Se analizaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de cesárea de primera vez desde enero del 2016 a enero 2019, con la finalidad de comparar la tasa de cesáreas por grupo de acuerdo a la clasificación de Robson e identificar por grupo de edad materna, edad gestacional, comorbilidades y complicaciones asociadas, valorar la reducción de operación cesárea a tres años.

Resultados: El diagnóstico más frecuente es la Desproporción Céfalo Pélvica (DCP) con 27 casos, correspondiendo al 25% de las pacientes. La presentación pélvica en 25 pacientes *el* (23%) de la muestra, durante un periodo de tres años, sin complicaciones asociadas a la operación cesárea, con buenos resultados y con adecuada justificación de cada indicación.

Conclusiones: De acuerdo con los resultados obtenidos, las indicaciones para realizar una operación cesárea fueron absolutas, adicionalmente el 100% de las pacientes no tuvieron complicación alguna. De forma adicional podemos decir que los Recién nacidos tampoco tuvieron alguna complicación post-parto ya que el mayor porcentaje de la muestra se mantuvieron dentro de los rangos aceptables establecidos.

Palabras clave: Cesárea de primera vez, Edad materna avanzada, Falta de progresión de trabajo de parto, Cesárea.

ABSTRACT

Background: Surgical resolution of obstetric events through cesarean section is one of the most important advances in contemporary perinatal medicine and has undeniably had an extraordinary impact on the reduction of maternal and perinatal mortality. However, in recent times there has been a considerable increase in the unnecessary practice of cesarean section, which is certainly not harmless and carries inherent risks, surgical and anesthetic. The remarkable increase in our country in the number of caesarean sections without justified indications in the institutions of the public and private sector has joined efforts to implement strategies to decrease them.

Objectives: To determine the current rate of first- time cesarean in the ISSSTE "Regional Hospital Lic. Adolfo Lopez Mateos".

Material and methods: Descriptive, retrospective, cross-sectional study. We analyzed the files of patients diagnosed with a first-time cesarean from January 2016 to January 2019, with the purpose of comparing the cesarean rate by group according to the Robson classification and identify by age group, gestational age, comorbidities and associated complications, assess the reduction of caesarean section to three years.

Results: The most frequent diagnosis is Pelvic Disproportion (PCD) with 27 cases, corresponding to 25% of patients. The pelvic presentation in 25 patients (23%) of the sample, over a period of three years, without complications associated with cesarean section, with good results and with adequate justification of each indication.

Conclusions: According to the results obtained, the diagnoses by which the cessation interruption decision was made are justified and no complications were found associated with this procedure so it can be concluded that it is a safe technique and is at the moment well justified.

KeyWords: first- time cesarean, advanced maternal age, lack of progression of labor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por cuidarme y enseñarme siempre el mejor camino, ser mejor persona y sentirme bendecida por todo lo que ha puesto en mi camino.

A mis padres (Juventino Escobosa Marín, Esperanza Matilde Rocha García) quienes siempre me han apoyado y me han demostrado todo su amor y han guiado hasta el día de hoy cada uno de mis pasos, no podría haber tenido mejores padres.

A mis hermanas (Espe, Tere, Hilda y Jaidy) que saben cuánto las amo y lo orgullosa que puedo estar de cada una de ellas, el amor es infinito.

A mi esposo (Daniel) por estar siempre conmigo, por todo el apoyo que hasta el día de hoy me ha demostrado, a pesar de los años el amor es inmenso y por el mejor regalo que Dios y él me han dado (mi hija), gracias por todo.

A toda mi familia, que es muy grande y tengo la dicha de contar con cada uno, gracias por tanto cariño.

A mis compañeros: Andrea, Belén, Julieta, Karla y Gaspar por todo su cariño, gracias a cada uno los llevo en mi corazón.

A mi asesora de Tesis la Dra. María del Carmen García Martínez quien siempre nos ha impulsado a ser cada vez mejores, por todo su ejemplo le agradezco infinitamente.

A mis maestros que siempre estuvieron con buena disposición para enseñarnos, les agradezco infinitamente.

A todos ... mil Gracias !!!

INDICE

MARCO TEORICO.....	8
DEFINICION DEL PROBLEMA	18
JUSTIFICACION	19
OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO	20
MATERIAL Y METODOS	21
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION	22
RESULTADO	27
DISCUSION	36
CONCLUSIONES	37
BIBLIOGRAFIA	38
ANEXOS.....	41

MARCO TEORICO

En todo el mundo, la cesárea es la operación mayor más frecuente que se les realiza a las mujeres.

Algunas de las morbilidades a corto plazo informadas incluyen: hemorragia, fiebre posoperatoria y endometritis.

La evolución del nacimiento por cesárea es un procedimiento seguro y con extraordinaria tasa baja de mortalidad materna y fetal. Los rangos de mortalidad materna se encontraban hasta 85% ó mayores en el siglo XIX y se efectuaba únicamente en algunas circunstancias para salvar la vida de la madre. En los inicios del siglo XX importantes innovaciones quirúrgicas ocurrieron incluyendo la técnica aséptica, anestesia y control de la hemorragia y ligadura de vasos. Específicamente para la operación cesárea, la introducción de la incisión de segmento bajo, que permite la exclusión de la herida uterina de la cavidad peritoneal, redujo dramáticamente el riesgo de peritonitis postoperatoria como una complicación de la endometritis puerperal.⁽¹²⁾

Las adiciones posteriores a la transfusión de sangre y la terapia con antibióticos redujeron aún más la morbilidad y la mortalidad del parto por cesárea. La disminución de la morbilidad materna asociada con el parto por cesárea hizo de la operación una alternativa razonable para el parto de fetos con mayor riesgo de asfixia o traumatismo por parto vaginal. Esta disminución, junto con métodos más sofisticados de detección de sufrimiento fetal cambió las indicaciones y la frecuencia de la cesárea para el parto. No fue sino hasta 1876 que Eduardo Porro propuso realizar la cesárea aunada a una histerectomía subtotal y la marsupialización del muñón cervical a la pared abdominal anterior; con esto se trataba de preservar la vida de la madre, aunque al costo de sacrificar la fertilidad. Este método cruento fue de amplio uso entre algunos obstetras, quienes amputaban el útero ante la falta de suturas estériles que permitieran afrontar la histerotomía sin que ello supusiera una infección devastadora. Se

debió al advenimiento de los avances en la anestesiología (como la introducción del éter) y al mejor conocimiento anatómico la posibilidad de intentar mejores accesos abdominales, como las incisiones medias infraumbilicales descritas por Levret y Solayres.⁽¹⁹⁾

El doctor Pfannenstiel presentó su propuesta en 1900, que consistía en no sólo incidir la piel en dirección transversal sino también la aponeurosis, aunque su contemporáneo Maylard, en 1907. Antes de 1960, los partos por cesárea comprendían menos del 5% de los nacimientos y se realizaban principalmente para indicaciones maternas como la placenta previa, la DPC documentada radiográficamente, el fracaso de la inducción del parto en la preeclampsia grave y el parto por cesárea repetido. Después de 1960, con la aparición de técnicas de diagnóstico y monitoreo fetales, las tasas de partos por cesárea aumentaron gradualmente en todo el mundo y se realizaron con mayor frecuencia para las indicaciones fetales.⁽¹¹⁾

En cuanto a la histerotomía, las primeras incisiones uterinas fueron corporales (cesárea clásica) debido al temor de lesionar la vejiga y los vasos uterinos. Keher, en 1882, describió una incisión a nivel del orificio cervical interno (no corporal transversa como algunos autores han llegado a describir) para la extracción del neonato.

La tasa y la duración del aumento variaron; en los estados unidos, la tasa de partos por cesárea alcanzó un máximo del 23,5% en 1988. Se encontraron cuatro indicaciones para representar el 90% del aumento en los Estados Unidos: distocia, partos por cesárea repetidas, presentación de nalgas y “sufrimiento fetal”.

Parece poco probable que la tasa de partos por cesárea en los estados unidos o en la mayoría de los países desarrollados sea tan baja como del 10% al 15%, que es el objetivo de la organización mundial de la salud. Los talleres de entrenamiento para el parto dirigidos solo a las madres pueden disminuir la cantidad de cesáreas. Es de destacar que este objetivo se ha cuestionado con un estudio transversal que encontró que la tasa de mortalidad materna o neonatal más baja para los estados miembros de la organización mundial de la salud es del 19%.

La tasa de nacimientos por cesárea no alcanzará un nivel más bajo y es probable que aumente gradualmente por las siguientes razones:

- Hay una mayor sensibilidad y un umbral reducido para el uso de cesárea para las indicaciones tradicionales.
- La mayor proporción de mujeres embarazadas cuyos embarazos se complican por las condiciones para las cuales es necesario el nacimiento por cesárea.
- Nuevas indicaciones en evolución para el nacimiento por cesárea, aunque son indicaciones que están respaldadas por pruebas confiables.
- El énfasis en la autonomía del paciente para tomar decisiones sobre el método de parto resultará en la vulnerabilidad de las mujeres al sesgo y en información no basada en evidencia sobre los riesgos y beneficios relativos del nacimiento por cesárea.

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.

TIPOS DE CESÁREA

A. Según los antecedentes obstétricos de la paciente.

Primera: Es la que se realiza por primera vez.

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

Previa: es cuando existe antecedente de una cesárea anterior.

B. Según indicaciones:

Urgente: 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.

INDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA

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

A. Causas maternas

Estrechez Pélvica

Tumores óseos de la pelvis

Distocia de partes blandas

Malformaciones congénitas

Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina, vulva que obstruyan el conducto del parto.

Distocia de contracción:

Placenta previa

Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera

Patología materna incluyendo: nefropatías, cardiopatías.

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

- C. Causas Mixtas:
Desproporción cefalopélvica
Preeclampsia/Eclampsia
Embarazo múltiple
Infección amniótica

CONTRAINDICACIONES PARA PERMITIR EL PARTO VAGINAL EN MUJERES CON CESÁREA PREVIA

Antecedente de dos o más cesáreas previas
segmento arciforme
Antecedente de cesárea previa tipo segmento-
corporal,
Antecedente de cesárea previa reciente (menor a
18 meses)
Antecedente de ruptura uterina o dehiscencia de
histerorrafia

Actualmente la Cesárea ha ido en incremento a nivel mundial. En América Latina se estima que cada año ocurren 850,000 cesáreas no justificadas. (7,8)

El dilema ético en torno a la operación cesárea deriva de la existencia de dos vías por las cuales se puede resolver un parto, y el obstetra debe juzgar en cada caso particular cuál de estas dos vías representa lo mejor para sus dos pacientes.(11)

La cesárea es una operación que se realiza frecuentemente; en países europeos como Gran Bretaña se reporta una incidencia de 21%, en Estados Unidos 26% y en Australia 23%. En algunos países Latino Americanos Chile, Argentina, Brasil, Paraguay y México rebasa el 50%.(6)

La organización Mundial de la Salud menciona que en ninguna región del mundo se justifica una incidencia cesárea mayor del 10-15%; sin embargo se ha incrementado su frecuencia en las últimas décadas. Otras causas que influyen para la terminación de embarazo por cesárea son la edad, índice de masa corporal, enfermedades concomitantes con el embarazo y mala práctica obstétrica. Hay un desproporcionado incremento de la operación cesárea en el segundo periodo del trabajo de parto.⁽⁹⁾

En el 2015, la OMS propuso utilizar el sistema de clasificación de Robson como estándar global para evaluar y comparar las tasas de cesárea, y hacer un seguimiento al respecto. El sistema clasifica cada mujer en una de diez categorías mutuamente excluyentes que, en conjunto, son totalmente incluyentes. Las categorías surgen a partir de cinco características obstétricas básicas que constan regularmente en todas las maternidades (paridad, comienzo del trabajo de parto, edad gestacional, presentación fetal, cantidad de fetos).

La OMS prevé que el uso de la clasificación ayudara a definir y analizar las mujeres que contribuyen a explicar en mayor o menor medida las tasas generales de cesárea, comparar la práctica clínica utilizada en estos grupos de mujeres con la de otras unidades que obtengan resultados más favorables y considerar la posible conveniencia de introducir cambios en dicha práctica clínica. Además de evaluar la calidad de la atención y de las prácticas clínicas mediante el análisis de los resultados.

Grupos de Clasificación de Robson

GRUPO	DESCRIPCION
1	Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han iniciado trabajo de parto de forma espontánea.
2	Nulíparas con un feto en presentación cefálica de 37 semana o más que han sido sometidas a inducción o a

3	cesárea antes del inicio de parto Multíparas sin cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo que han iniciado el parto de forma espontánea.
4	Multíparas sin cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más que han sido sometidas a inducción o a cesárea antes del inicio del parto.
5	Multíparas con al menos una cesárea previa, con un feto único o presentación cefálica de 37 semanas o más.
6	Nulíparas con un feto único en presentación podálica.
7	Multíparas con un feto único en presentación podálica, incluyendo aquellas con cesárea previa.
8	Todas las mujeres con embarazo múltiple, incluyendo aquellas con cesárea previa
9	Todas las mujeres con un feto único en posición transversa oblicua, incluyendo aquellas con cesárea previa.
10	Todas las mujeres con un feto único en presentación cefálica de menos de 37 semanas de embarazo, incluyendo aquellas con cesárea previa.

En la actualidad, la operación cesárea es la cirugía más común en

todo el mundo, su incidencia continúa al alza y es prudente aprender no sólo la mejor manera de ejecutarla, sino también las mejores alternativas para evitarla. El porcentaje de cesáreas ha ido en aumento en los últimos años, en ocasiones estando por encima del 10-15% de lo recomendado por las instituciones sanitarias nacionales e internacionales. Además de los costes sanitarios de una cesárea, se han estudiado gastos colaterales de la misma en cuanto a morbilidad materna y fetal.⁽¹⁹⁾ Debido a la cesárea, en el recién nacido se interrumpe la transición normal con ausencia de compresión torácica y en la madre hay una mayor tasa de complicaciones que en los partos vaginales con peor recuperación, más dolor. También se producen efectos inherentes a la separación con mayor riesgo de depresión postparto y mayor dificultad en el establecimiento del vínculo comparado con los partos vaginales⁽²²⁾.

La OMS declaró desde 1985 que no hay justificación alguna para que ninguna región presente una tasa superior al 10-15%. Desde entonces y por diversos motivos, las cesáreas son cada vez más frecuentes, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. ⁽⁴⁾Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. ⁽²¹⁾

Sobre la base de datos disponibles con métodos internacionalmente aceptados y mediante las técnicas analíticas más adecuadas, la OMS concluye lo siguiente:

1. Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos.
2. A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal.

3. Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas.
4. Debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada.
5. No están claros los efectos que tienen las tasas de cesárea sobre otros resultados como la morbilidad materna y perinatal, los resultados pediátricos y el bienestar psicológico o social. Se necesitan investigaciones adicionales para comprender los efectos sanitarios de las cesáreas sobre algunos resultados inmediatos y futuros.

En las últimas décadas en México se ha registrado un incremento de dicha práctica que supera con mucho el límite máximo recomendado por indicación médica. Este aumento no ha producido ningún beneficio global para la madre ni el recién nacido, pero sí está vinculado con una mayor morbimortalidad para ambos (doble riesgo de morbilidad materna grave y de mortalidad materna y doble riesgo de obtener pobres resultados fetales), así como con un mayor número de partos pretérmino, muerte neonatal y con acretismo placentario en el embarazo subsiguiente en aquellas mujeres con antecedente de cesárea.

En el comparativo mundial de práctica de cesáreas sin indicación médica, México se sitúa en el cuarto lugar (después de China, Brasil y EUA), con el mayor número de cesáreas innecesarias. (22)

La información reportada por las mujeres de 2000 a 2012 en la encuesta Nacional de Salud 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). Adicionalmente, en 2012 la mayor proporción de cesáreas programadas se efectuaron en este último ámbito (39.6 vs. 15.6%). Desde el año 2000 todas las entidades federativas rebasan el límite máximo recomendado de esta práctica clínica.

En los Centros de Salud con las usuarias o a nivel poblacional se recomienda difundir las ventajas del parto vaginal versus la cesárea innecesaria y otorgar educación prenatal. (21)

La disminución decisiva de la cesárea innecesaria en todas las instituciones de salud de México debe ser una acción prioritaria, ya que expone a las madres y a sus hijos a una mayor morbilidad y mortalidad. La estrategia más importante se debe dirigir a evitar la primera cesárea, no sólo por sus propias implicaciones, sino también por los riesgos en los embarazos y partos subsecuentes, así como por el gasto adicional que se utiliza para dicha práctica clínica, el cual debiera ser redirigido para solventar otros problemas de salud sexual y reproductiva urgentes en el país. (9)

DEFINICION DEL PROBLEMA

La mayoría de los casos de cesárea de primera vez que se realizan a nivel mundial es por diagnósticos que no están bien justificados, lo que conlleva a un mayor riesgo en la morbimortalidad materna y fetal y riesgos inherentes a la cirugía, actualmente en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos las acciones van dirigidas a disminuir el índice de cesáreas de primera vez y realizar un adecuada justificación de las mismas basada en las Guías de Práctica Clínica.

JUSTIFICACION

La organización Mundial de la Salud menciona que en ninguna región del mundo se justifica una incidencia cesárea mayor del 10-15%; sin embargo se ha incrementado su frecuencia en las últimas décadas. Recientemente se ha identificado un aumento considerable en la práctica innecesaria de la operación cesárea, que ciertamente no es inocua y con lleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos. Este incremento va con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna ya que se eleva el riesgo de placenta previa y acretismo placentario.(8)

Actualmente la alta frecuencia de cesáreas ya se considera un problema de salud pública y se sospecha que esta situación se va a agravar en los siguientes años.(3)

En el 2015, la Organización Mundial de la Salud propuso utilizar el sistema de clasificación de Robson como estándar global para evaluar y comparar la tasa de cesárea, y hacer un seguimiento al respecto. El sistema clasifica cada mujer en 10 categorías mutuamente excluyentes que, en conjunto, son totalmente incluyentes.(18) La cesárea innecesaria es un problema multifactorial, por lo que se requiere contemplar diferentes ámbitos para su reducción a través del desarrollo de políticas públicas encaminadas a este fin: Formación y regulación de recursos humanos Diseño y organización institucional

La OMS prevé que el uso de la clasificación ayudará a los establecimientos de salud a definir y analizar los grupos de mujeres que contribuyen a explicar en mayor y en menor medida las tasas generales de cesárea, por lo que basados en las recomendaciones de la OMS es importante analizar y actualizar la estadística de cesáreas de primera vez en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, por medio de las guías de estrategias para disminuir la frecuencia de las cesáreas y la clasificación de Robson con esto evaluar la eficacia de estrategias dirigidas a optimizar el uso de la cesárea y poder evaluar la calidad de los datos obtenidos y concientizar al personal de salud acerca de la importancia de estos datos, la interpretación y su uso.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la tasa actual de cesárea de primera vez desde enero del 2016 a enero 2019. Corroborar los diagnósticos más frecuentes y verificar cuales si representan criterios absolutos e identificar la morbilidad asociada.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Identificar a pacientes con cesárea de primera vez de Enero 2016 a Enero 2019.
- 2.- Clasificar las cesáreas de acuerdo a Robson
- 3.-Determinar los grupos de Edades
- 4.-Determinar la Edad Gestacional de Interrupción de embarazo
- 5.-Determinar las comorbilidades maternas y fetales
- 6.-Determinar la tasa de reducción de cesárea de primera vez a tres años.

HIPÓTESIS

La Cesárea de primera vez representa un mayor riesgo de morbilidad materna aunada a mayor riesgo de morbilidad fetal, en la cual se presenta un incremento de la misma sin una justificación absoluta.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Diseño de una hoja de recolección de datos para organizar información del expediente clínico de 109 pacientes gestantes, quienes tuvieron interrupción de embarazo por cesárea de primera vez. Se recolectó información mediante el expediente clínico, recabando diferentes variables para el estudio y análisis de los diagnósticos más frecuentes con los cuales se plantea la justificación de la finalización del embarazo por cesárea. Se registraron los diagnósticos más frecuentes, los resultados perinatales y la morbilidad materna asociada. El método analítico utilizado: SPSS21

TAMAÑO DE MUESTRA

- Total de 109 pacientes gestantes a quienes se les realizó interrupción de embarazo por cesárea de primera vez en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, del ISSSTE, en un periodo comprendido de Enero del 2016 a Enero del 2019.

DEFINICIÓN DE LAS UNIDADES DE OBSERVACIÓN

-Reporte diagnóstico prequirúrgico para interrupción de embarazo por cesárea de primera vez en pacientes gestantes sin importar el número de gestaciones previas.

-Resultados perinatales posteriores al evento obstétrico.

-Complicaciones asociadas a la operación cesárea.

-Reporte final de los hallazgos del producto en finalización del embarazo por cesárea.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes cuya resolución del embarazo haya sido cesárea de primera en vez en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos en periodo de Enero 2016 a Enero 2019.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Toda paciente gestante que tenga antecedente de Cesárea previa ó anterior.
- Pacientes que no cumplan con el periodo comprendido de cesárea de primera vez en el periodo de Enero 2016 a Enero 2019.
- Toda paciente en la que no se cuente con toda la información requerida en el Expediente Clínico.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Paciente que se encuentre dentro del periodo establecido de Enero 2016 a Enero 2019 y se le haya practicado una cesárea en más de 1 ocasión.

DEFINICIÓN DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	ESCALA DE MEDICION	CONTRASTE DE HIPOTESIS
EDAD GESTACIONAL	DURACION DEL EMBARAZO CALCULADA DESDE EL PRIMER D[IA DE LA ULTIMA MENSTRUACION HASTA EL NACIMIENTO	CAPURRO	CONTINUA	Prueba "T" de Student
Peso al nacer	Peso del neonato inmediatamente después del nacimiento	GRAMOS	CONTINUA	Prueba "T" de Student
Talla al nacer	Talla del neonato al nacimiento	CENTIMETROS	CONTINUA	Prueba "T" de Student
Apgar	Estado de Reactividad al Nacer	1-3 grave, 4-6 moderada, 7-9 leve, 10 Normal	ORDINAL	Prueba de "U de Mann Whitney"
Edad Materna	Edad cronológica de Años cumplidos por la madre	Años	Continua	Prueba "T" de Student
Comorbilidades Asociadas Madre	Patologías asociadas en la madre	Si-no	Nominal	Prueba "T" de Student
Cesárea	Extracción de producto vía abdominal	si - no	Nominal	Prueba de Chi cuadrada.

SELECCIÓN DE LAS FUENTES, MÉTODOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se analizaron 109 expedientes de pacientes a quienes se les realizó Cesárea de primera vez, recabando la información en la cédula de recolección de datos diseñada expresamente para el estudio.

DEFINICIÓN DEL PLAN DE PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

1. La hoja de recolección de datos se vació en el procesador de datos Excel 2010.
2. El análisis de datos se realizó en SPSS 21.

Con la cantidad de datos recolectados (muestra de 109 pacientes) fue posible realizar un estudio descriptivo y retrospectivo de la información.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se ajusta a los lineamientos establecidos en la declaración de Helsinki y por el Hospital Regional ISSSTE “Lic. Adolfo López Mateos” en materia de investigación clínica.

En relación al riesgo para el sujeto de estudio de acuerdo a la Ley General de Salud es: Investigación sin riesgo para el sujeto de estudio.

Se ajustará a los lineamientos establecidos por la Secretaría de Salud y por el Hospital Regional ISSSTE “Licenciado Adolfo López Mateos” en materia de manejo de información del expediente clínico.

PROGRAMA DE TRABAJO

Periodo 2018 – 2019

2018									
MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Tema de Tesis			Protocolo de tesis			Recolección y Procesamiento de datos			

2019									
ENERO	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AG	SEPT	OCT
Resultados y Discusion			Impresión de la Tesis						

RECURSOS HUMANOS

- **Dra. Cristabel Adriana Escobosa Rocha** Médico Residente de 4to año Ginecología y Obstetricia. Presentador de tesis y responsable de la recolección de datos.
- **Dra. María del Carmen García Martínez.** Asesor clínico de tesis.

RECURSOS MATERIALES

- Hoja de recolección de datos, Computadora, Expediente clínico
- Reporte final con la hoja Operación Cesárea obtenida del expediente clínico, y los datos del nacimiento de cada uno de los recién nacidos.

RECURSOS FINANCIEROS

Ninguno

DIFUSIÓN

Orientación a las pacientes gestantes con trabajo de parto, con los beneficios de parto vaginal y todos los riesgos de parto por cesárea, con el fin de crear mayor conciencia para las pacientes.

RESULTADOS

En nuestro estudio la muestra estuvo compuesta por 109 pacientes las cuales recibieron atención médica para la finalización de su embarazo por medio de operación cesárea de primera vez en el Hospital Regional ISSSTE "Lic. Adolfo López Mateos" de la Ciudad de México. A continuación se muestran los resultados del estudio realizado para determinar los criterios asociados a las cesáreas de primera vez e identificar la morbilidad asociada.

En las pacientes sometidas a intervención de cesárea de primera vez, se analizaron todos los casos utilizando distintas variables como criterio definido para cesárea, edad materna, semanas de gestación, resultados perinatales en peso, talla, capurro, complicaciones asociadas, de los cuales obtuvimos los siguientes resultados:

-La edad promedio de las pacientes de este grupo fue de 36.6 años de edad, con un porcentaje del 39% de la muestra, seguido por el rango de 29 a 34 años, representando el 37% de la muestra. En menor proporción los demás rangos

-Las semanas de gestación promedio en las cuales se realizó la interrupción por cesárea fueron de 38 semanas de gestación.

-Los Diagnósticos más frecuentes son Desproporción Céfalo Pélvica (DCP) con 27 casos, el 25% de las pacientes. Seguido por presentación pélvica en 25 pacientes y el 23% de la muestra. Cabe mencionar que dentro de los datos recolectados algunos pacientes presentaron más de un diagnóstico definido, a continuación se muestran los resultados en la siguiente gráfica.

La mayor parte de las pacientes tuvieron únicamente un diagnóstico, correspondiente al 41%, es decir que el 59% de las pacientes tuvieron dos o más diagnósticos.

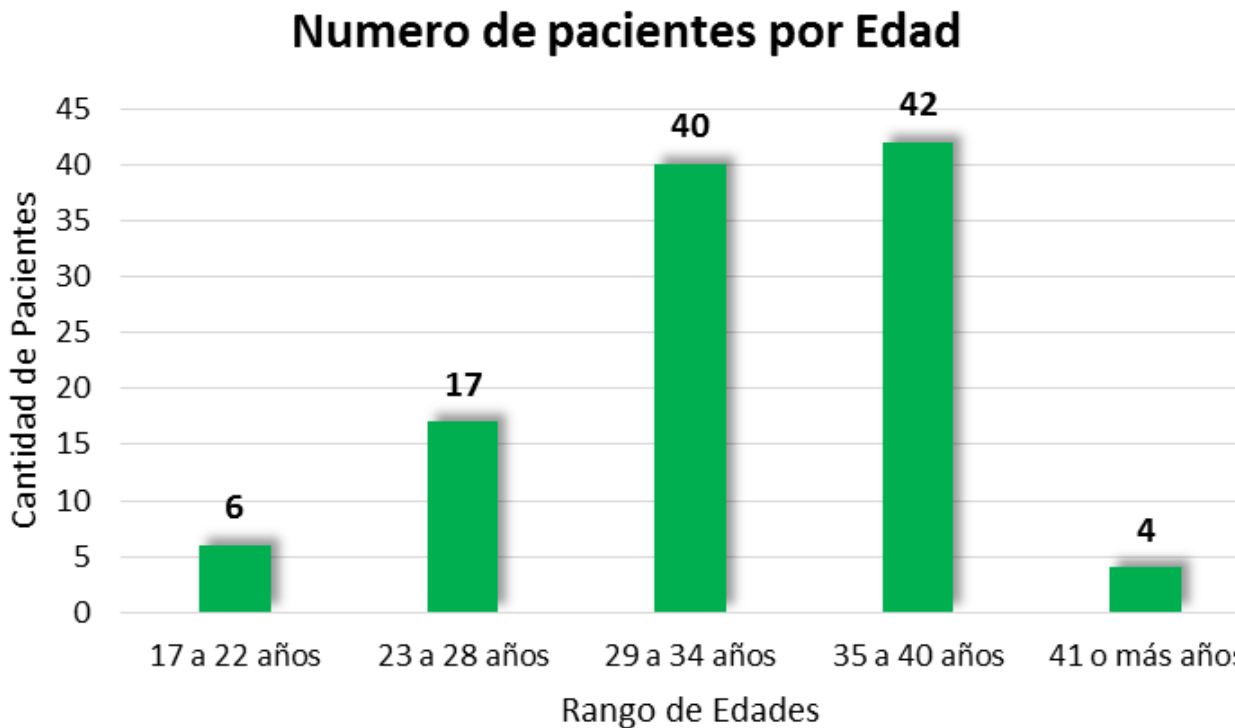
El 29% de los pacientes tuvieron dos diagnósticos siendo (32 pacientes). Para las pacientes con tres diagnósticos se registraron 22

casos, es decir el 20%. Siendo criterios por los cuales propicia la ejecución de una cesárea en lugar de parto.

Como dato adicional, dentro de esta información recolectada, observamos que la asociación de comorbilidad más frecuente fue el hipotiroidismo y la desproporción cefalopélvica.

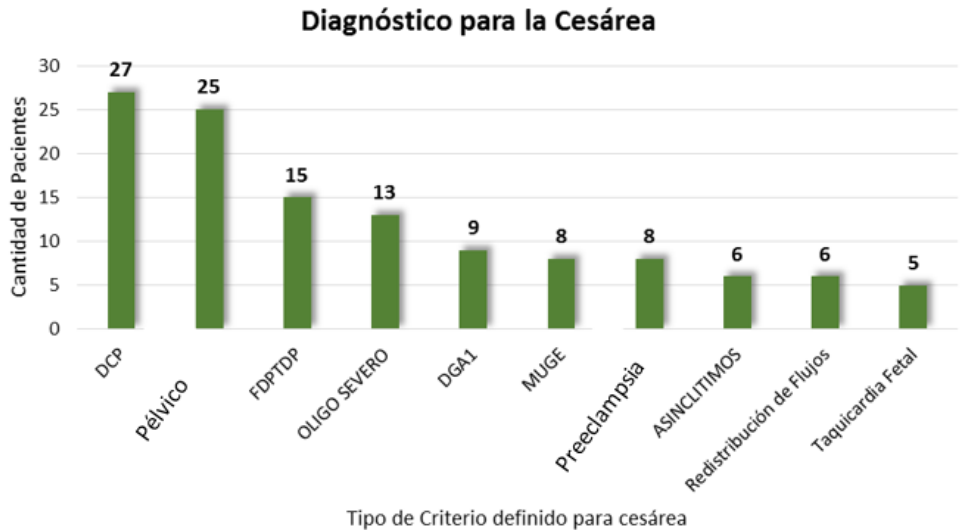
Resultados de la información recolectada en las diferentes gráficas y/o tablas.

GRAFICA 1



Dentro de la gráfica 1 se muestra la cantidad de pacientes de los diferentes rangos de edad establecidos, siendo de 35 a 40 años la mayor cantidad, con un porcentaje del 39% de la muestra, seguido por el rango de 29 a 34 años, representando el 37% de la muestra. En menor proporción los demás rangos

GRÁFICA 2



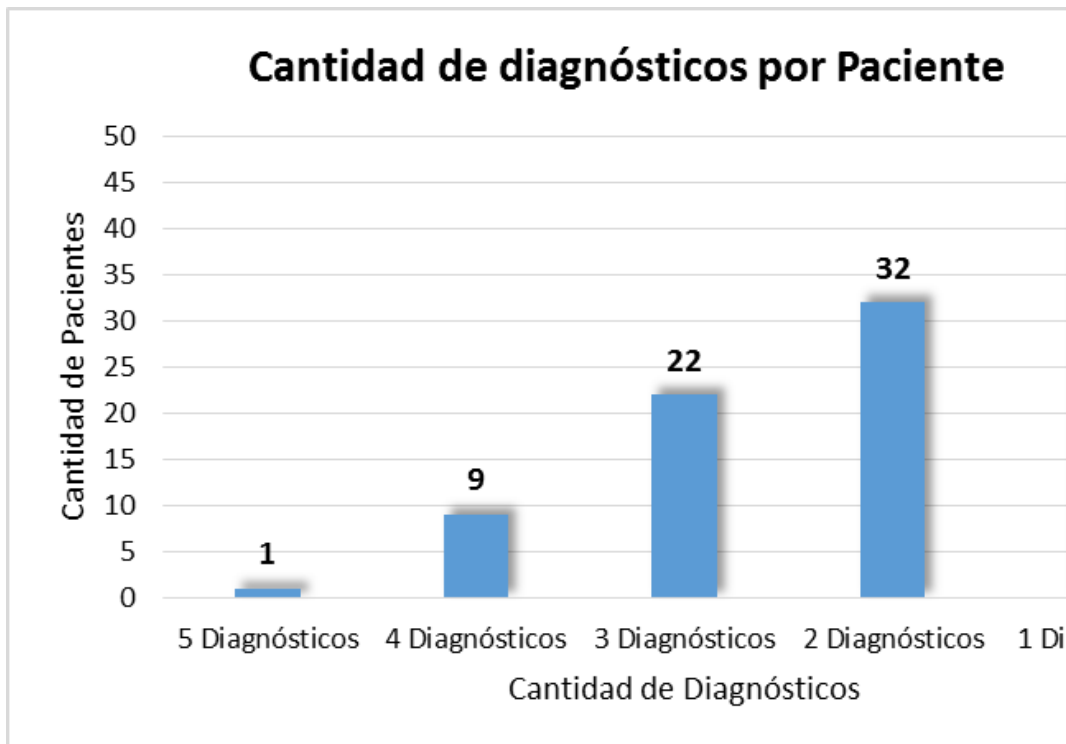
En la gráfica 2 se muestran los 10 diagnósticos más recurrentes en pacientes, con base al criterio de un Pareto 90/10 que nos dice que el 90% de los problemas se encuentra en el 10% de las causas. Dentro de los datos recolectados nos dio como resultado 78 diagnósticos. Con un total de 78 diagnósticos

El diagnóstico más recurrente es la Desproporción Céfalopélvica (DCP) con 27 casos, es decir el 25% de las pacientes. Seguido por presentación pélvica en 25 pacientes y representando el 23% de la muestra.

En la misma gráfica se observan los demás diagnósticos definidos y el de pacientes registradas para cada diagnóstico.

Cabe mencionar que dentro de los datos recolectados algunas pacientes presentaron más de un diagnóstico definido, a continuación se muestran los resultados en la siguiente gráfica.

GRAFICA 3

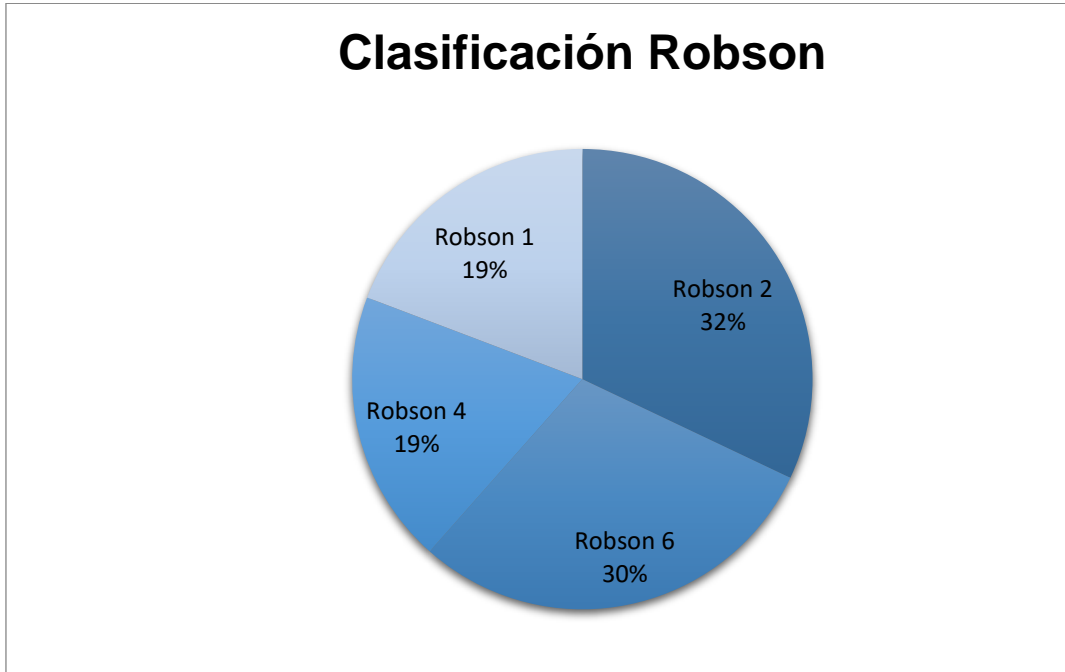


Como podemos observar en la gráfica 3, la mayor parte de los pacientes tuvieron únicamente 1 diagnóstico, correspondiente al 41%, es decir que el 59% de los pacientes tuvieron de 2 a más diagnósticos.

El 29% de los pacientes tuvieron 2 diagnósticos siendo 32 pacientes. Para los pacientes con 3 diagnósticos se registraron 22 casos, es decir el 20%. Siendo criterios por los cuales propicia la ejecución de una cesárea en lugar de parto.

Como dato adicional, dentro de esta información recolectada, observamos que la combinación de diagnóstico que más se presentó fue de DCP con Hipotiroidismo.

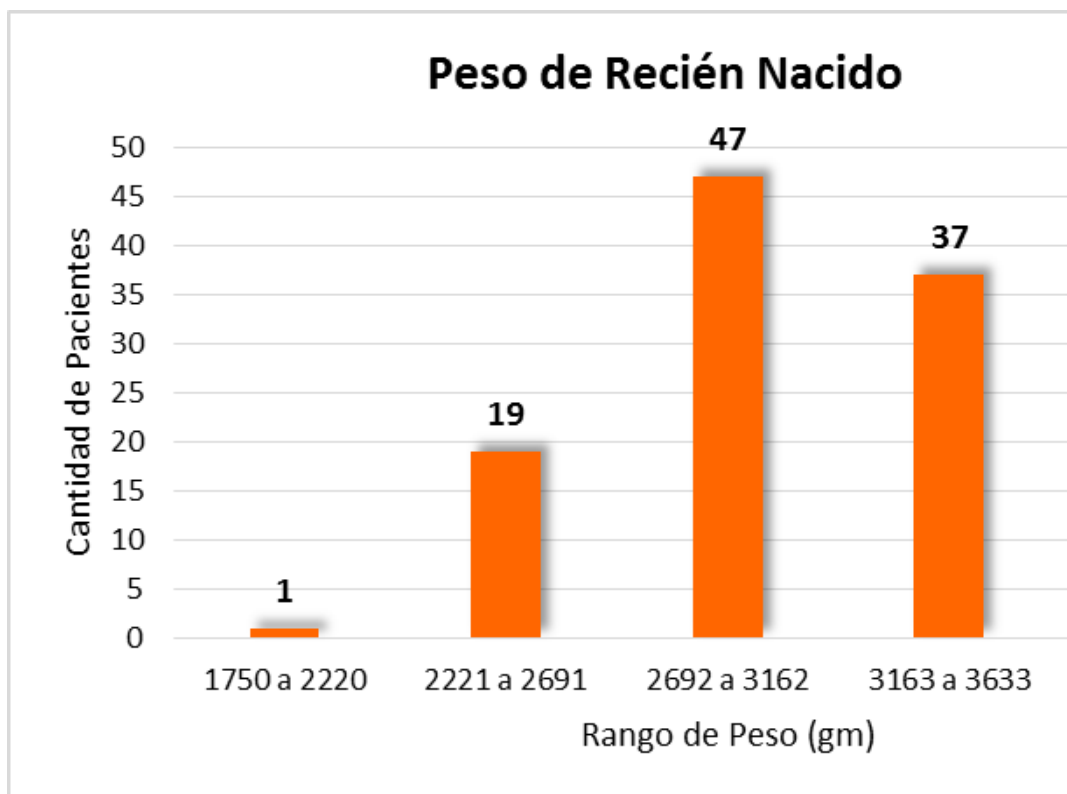
GRAFICA 4



En la gráfica 4 se muestra por medio de la clasificación de Robson las categorías más frecuentes, siendo en primer lugar el Robson 2 con un total del 36% de los casos reportados, seguido por el Robson 6 con un total de 32%, el Robson 4 con un 19% y el Robson 1 con 19%.

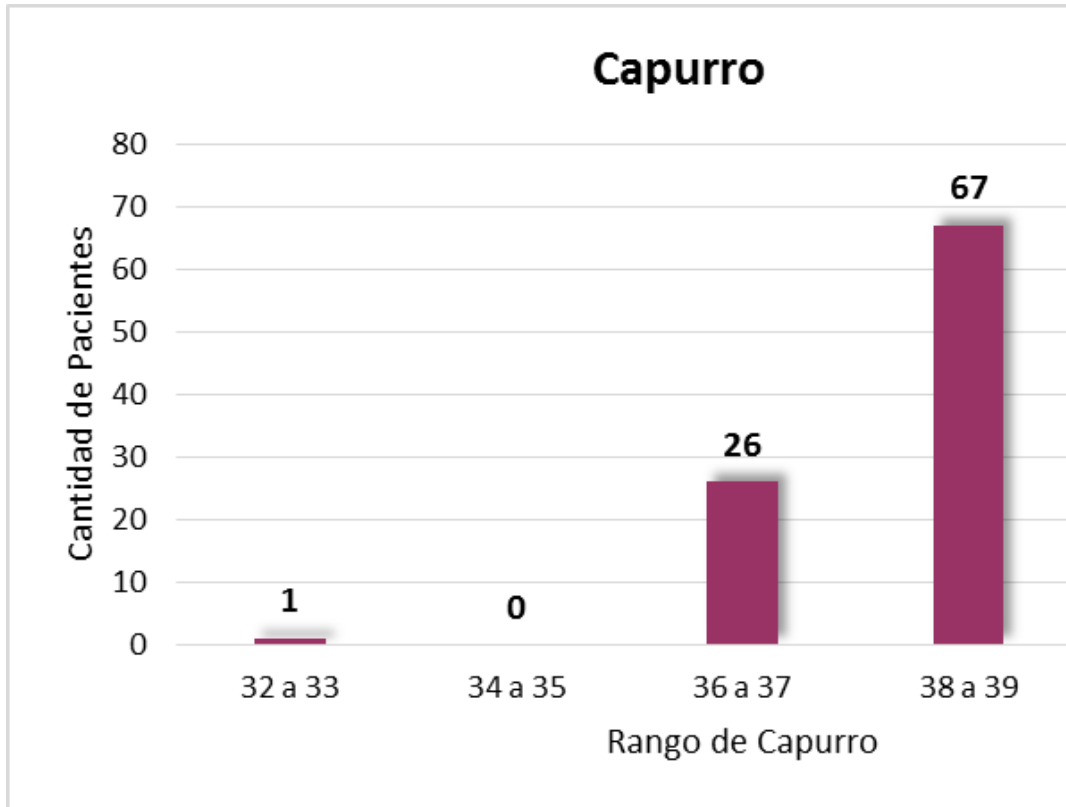
A continuación se muestran los resultados para las variables de los recién nacidos.

GRÁFICA 5



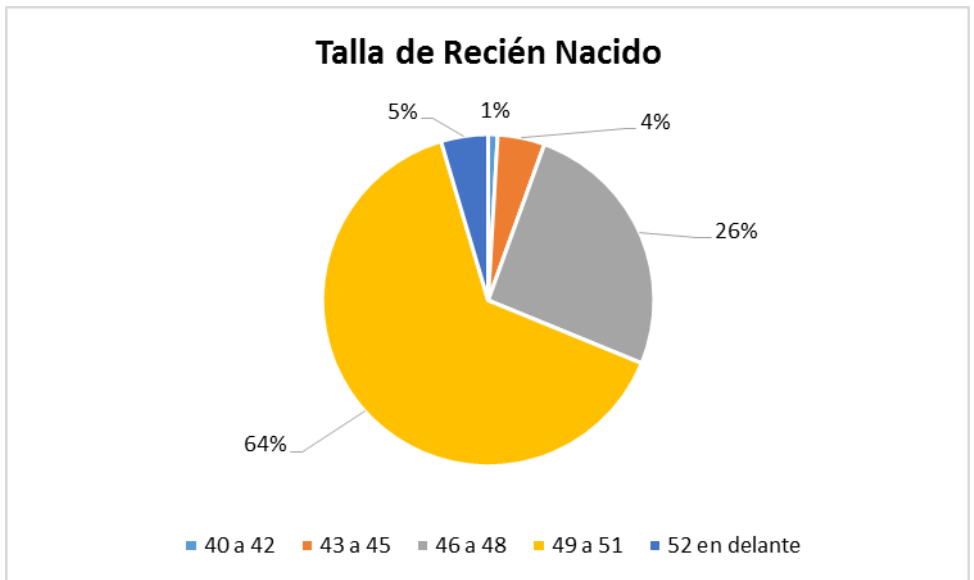
En la gráfica 5 se muestran los pesos registrados de los recién nacidos, que la mayoría de estos se encuentran entre los 2692g a los 3633g, siendo el 77% de la muestra.

GRÁFICA 6



Observando los resultados de la gráfica 6 tenemos que la mayor concentración de recién nacidos se encuentra en el rango de 38 a 39 semanas por Capurro, siendo el 61% de la muestra, y teniendo un buen resultado de los recién nacidos. Y solo 1 recién nacido tuvo un resultado de 32 semanas por Capurro, por lo cual no es significativo para el resultado global de esta variable.

GRÁFICA 7



En la gráfica 6 se muestran los resultados de las tallas de los recién nacidos, teniendo el mayor porcentaje en el rango de tallas de 49 a 51, con un total de 70 R.N. y un 26% de comprendidos en el rango de 46 a 48.

DISCUSIÓN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en el Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” durante el periodo comprendido entre Enero de 2016 a Enero de 2019, analizando 109 expedientes de pacientes con interrupción de la gestación por cesárea de primera vez. En este estudio se corroboraron los diagnósticos más frecuentes con los que se cuentan en los últimos tres años para la justificación de la interrupción del embarazo por cesárea. Todo registro de cada paciente se obtuvo mediante la información contenida en el expediente clínico para la obtención de todos los datos.

El objetivo principal del estudio es analizar el panorama actual de cesárea de primera vez en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos en los últimos tres años, derivado de las recomendaciones emitidas por la OMS y por el incremento significativo de las cesáreas de primera vez, para demostrar si los diagnósticos con los que se cuentan realmente justifican la intervención quirúrgica y que asociaciones con comorbilidades aumentan el riesgo perinatal y la morbilidad materna asociada. Lo cual se determinó analizando las diferentes variables de este estudio.

En la población estudiada se demostró que la operación cesárea fue totalmente justificada hasta el momento y con una tasa baja o nula de complicaciones perinatales ni asociada a morbilidad materna. Concluyendo con buenos resultados tanto para la madre como para el Recién Nacido en quienes se practica, con una tasa relativamente baja hasta el momento.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en las gráficas, los diagnósticos por los cuales se tomó la decisión de realizar una cesárea podemos concluir que fue correctamente indicada, es decir adicionalmente el 100% de las pacientes no tuvieron complicación alguna.

Es importante mencionar que los Recién nacidos tampoco presentaron complicaciones ya que el mayor porcentaje de la muestra se mantuvieron dentro de los rangos aceptables establecidos; sin embargo se recomienda dar continuidad al estudio y realizarlo en un mayor número de pacientes y con un periodo de tiempo más prolongado.

GRACIAS.....

BIBLIOGRAFÍA

1. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. Cochrane, Innie Chen, Newton, Opiyo, Emma Tavender etal. Issue 2, pages 119-125. 2018.
2. Techniques for assisting difficult delivery at caesarean section. Heather Waterfall, Rosalie M. Grivell, Jodie M Dodd. Cochrane, Pages 564-570, 2013.
3. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth, Osmond C. Cochrane 1:1077-1081, 2013.
4. Methods of delivering the placenta at caesarean section. Rose I Anorlu, Babalwa, Maholwana, G Justus Hofmey. Cochrane 2008.
5. Morbidity and Mortality among at caesarean. I.Bernstein, J.D.Horbar, AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. Vol 182, pag. 198-206, 2014.
6. Clinical Aspects of Normal and Abnormal Labor. S.Pande, Luc Brion, D.CampbJohn M. Thorp, Katherin Laughon Grantz, etal. JOURNAL OF PERINATLOGY. 25:470-477, 2005.
7. Cárdenas R. Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado. Gac Med Mex 2002;138:357-66
8. Las cesáreas en México: Tendencias, niveles y factores asociados. Puentes-Rosas, E.Gómez. Salud Pública Mex. 2004; 46:16-22

9. Guía de práctica Clínica para la atención Reducción de Operación Cesáreas. Secretaria de Salud, Gobierno Federal. 2014.
10. L Cabero Roura XIII, Ginecología y Obstetricia Cesárea.
11. CESÁREA SEGURA, Secretaría de Salud, Dr. Frenk, Dr. Ruelas, pags. 13-17. 2002
12. La cesárea en la historia. Lugones Botell, Rev. Cubana Obstet Ginecol, 2001;27(1):53-6
13. Operación cesárea: una perspectiva integral. Villanueva, H
14. Ethical dimensions of elective primary cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2004;103:387-92
15. Consideraciones éticas sobre la cesárea. Comisión de bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prog Obstet Ginecol 2001;44:46-55
16. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery. 2004; 54:203-212.
17. Caesarean Birth Task Force Report 2008. British Columbia Perinatal Health Program. Feb. 2008.
18. La Clasificación de Robson: Manual de aplicación. Organización Mundial de la salud 2018
19. Operación cesárea y manual de procedimientos medicquirúrgicos, manual de obstetricia. Garcia, Lizaola, Rico McGrawHill 2015, capítulo 24, pags 220-235.

20. Contacto piel con piel en las cesáreas. Aspectos prácticos para la respuesta en marcha. Comité de lactancia Materna Asoc. Españ, Pedi. 2017 pag(2-9)
21. JP, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. BMC medicine. 2010;8:71.
22. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Evidencia para la política pública en salud. 2012. Leticia Suárez,* Lourdes Campero,* Elvia de la Vara,* Leonor Rivera,* María Isidra Hernández

ANEXO 1.-TABLAS DE CLASIFICACIÓN DE ROBSON

<p>Grupo 1</p>  <p>Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.</p>	<p>Grupo 6</p>  <p>Nulípara con embarazo único en presentación podálica.</p>
<p>Grupo 2</p>  <p>Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.</p>	<p>Grupo 7</p>  <p>Multiparas con embarazo único en presentación podálica, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.</p>
<p>Grupo 3</p>  <p>Multiparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.</p>	<p>Grupo 8</p>  <p>Mujeres con embarazos múltiples, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.</p>
<p>Grupo 4</p>  <p>Multiparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o con parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.</p>	<p>Grupo 9</p>  <p>Mujeres con embarazo único en situación transversa u oblicua, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.</p>
<p>Grupo 5</p>  <p>Multiparas con, al menos una cicatriz uterina previa, embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación.</p>	<p>Grupo 10</p>  <p>Mujeres con embarazo único en presentación cefálica, menos de 37 semanas de gestación, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.</p>

Grupos de la Clasificación de Robson

Grupo	Descripción
1	Multiparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontánea
2	Multiparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han sido sometidas a inducción o a cesárea antes del inicio del parto.
3	Multiparas sin cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontánea.
4	Multiparas sin cesárea previa, con un feto en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han sido sometidas a inducción o a cesárea antes del inicio del parto.
5	Multiparas con al menos una cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo.
6	Multiparas con un feto único en presentación podálica
7	Multiparas con un feto único en presentación podálica, incluyendo aquellas con cesárea previa
8	Todas las mujeres con embarazo múltiple, incluyendo aquellas con cesárea previa.
9	Todas las mujeres con feto único en posición transversa u oblicua, incluyendo aquellas con cesárea previa
10	Todas las mujeres con un feto único en presentación cefálica de menos de 37 semanas de embarazo, incluyendo aquellas con cesárea previa

ANEXO 2.