

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS PARA LA
INDICACIÓN RELATIVA DE OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL ISSEMYM EN EL AÑO 2019.**

HOSPITAL MATERNO INFANTIL ISSEMYM TOLUCA

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

M.C. SHARON ATENEA DE URIARTE ORTEGA

DIRECTOR DE TESIS:

E. EN G.O. FELIPE DE JESUS OLMEDO TEJADA

REVISORES:

E. EN G.O. VICTOR MANUEL ELIZALDE VALDES

E. EN G.O. RENE GILES FIERRO

E. EN G.O. ALICIA LIRA ALCANTARA

E. EN G.O. MAURICIO MANCILLA CASTELAN

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO 2021

RESUMEN

Introducción: La alta incidencia de la operación cesárea es considerada un problema de salud pública. Entre las múltiples causas de la realización excesiva, se encuentra la falta de seguimiento a los protocolos médicos establecidos.

Objetivo: Evaluar el cumplimiento de los protocolos médicos, en las tres principales indicaciones relativas de cesárea, realizadas en el Hospital Materno Infantil del ISSEMyM durante el año 2019.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal, retrospectivo, extrayendo la información de los censos diarios durante el año 2019, ingresando al estudio a las pacientes que se les realizó cesárea por las tres principales causas de la indicación relativa que son: la desproporción cefalopélvica (DCP), la cesárea previa y el riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF), y se valoró si se cumplió con los protocolos establecidos en los lineamientos nacionales. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Se cuantificó un total de 1,960 nacimientos, de los cuales 1,031 (53%) se resolvieron vía cesárea, el 64% de estas se realizaron por indicación relativa. 398 pacientes ingresaron a este estudio. Para RPBF 173 pacientes con 80% de incumplimiento; en la DCP 147 pacientes con 98% de incumplimiento; y en la cesárea previa 91 pacientes con 89% de incumplimiento. Se presentaron complicaciones en el 45% de las pacientes, siendo complicaciones graves en el 3.4%.

Conclusiones: Los datos reportados demuestran una tasa de cesárea superior a la recomendada, y en los tres grupos analizados un incumplimiento de los protocolos para la disminución de la operación en el 88%, con esto aumentando la realización de la cesárea innecesaria.

Palabras clave: Cesárea; Indicación absoluta; Indicación relativa; Desproporción cefalopélvica; Riesgo de pérdida de bienestar fetal; Cesárea previa.

ABSTRACT

Background: The high incidence of cesarean section is considered a public health problem. Among the multiple causes of over-performance, is the lack of follow-up to established medical protocols.

Objective: To assess compliance with medical protocols, in the three main relative indications for cesarean section, performed at the Hospital Materno Infantil del ISSEMyM during the year 2019.

Methodology: A retrospective, cross-sectional descriptive study was carried out, extracting the information from the daily censuses during the year 2019. Patients who had undergone cesarean section for the three main causes of the relative indication were admitted to the study, which are: cephalopelvic disproportion (DCP), previous cesarean section and non-reassuring fetal status, and it was assessed whether the protocols established in the national guidelines were followed. Descriptive statistics were used.

Results: A total of 1,960 births were quantified, of which 1,031 (53%) were resolved by cesarean section, 64% of these were performed by relative indication. 398 were admitted to this study. For non-reassuring fetal status 173 patients with 80% non-compliance; in the DCP 147 patients with 98% non-compliance; and in the previous cesarean section 91 patients with 89% non-compliance. Complications occur in 45% of patients, with severe complications in 3.4%.

Conclusions: The reported data show a cesarean section rate higher than the recommended one, and in the three groups analyzed a non-compliance with the protocols for decreasing of the operation in 88%, thus increasing unnecessary cesarean sections.

Keywords: Cesarean section; Absolute indication; Relative indication; Cephalopelvic disproportion; Risk of loss of fetal wellbeing; Previous cesarean section.

INDICE

ANTECEDENTES.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
JUSTIFICACIÓN.....	19
OBJETIVOS.....	20
METODOLOGÍA.....	21
IMPLICACIONES ÉTICAS.....	24
DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	40
ANEXOS.....	46

ANTECEDENTES

Cesárea

La alta frecuencia de cesáreas es considerada un problema de salud pública mundial, además se prevé que dicho problema se agravará en los siguientes años. Las razones de este incremento son complejas y parecen estar relacionadas con algunos de los siguientes factores: la sensación de “seguridad” que ofrece la operación cesárea para el médico, la solicitud de la madre a la realización del procedimiento por desinformación y miedos, la falta de experiencia en los obstetras jóvenes, el temor a problemas médico legales, la mala praxis obstétrica, y el aumento de comorbilidades asociadas al embarazo como son la edad materna avanzada, el índice de masa corporal elevado, enfermedades crónicas degenerativas entre otras.^{1, 2.}

En México, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio señala que es necesario priorizar el parto normal o vaginal y reducir el índice de cesáreas. Dicha Norma recomienda el uso de la “Guía de Práctica Clínica (GPC) para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea” para decidir las conductas a seguir en la resolución del embarazo.^{3.}

La **cesárea** se define como: “Procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de la semana 28 de gestación a través de una incisión en el abdomen y en el útero”.^{1.}

La cesárea se clasifica en tres tipos. (Ver Cuadro 1.)

Cuadro 1.

Tipos de operación cesárea.

Según antecedentes obstétricos de la paciente.	<ul style="list-style-type: none">• Primera: Es la que se realiza por primera vez.• Iterativa: Es la que se practica en una mujer con antecedentes de una o más cesáreas previas
--	---

Según indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica. • Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto
Según técnica quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • Corporal o clásica, • Segmento—Corporal (Tipo Beck) • Segmento—Arciforme (Tipo Kerr).

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México: Instituto Mexicano de Seguro social; 2014.

Existen lineamientos técnicos para la indicación y práctica de la operación cesárea expuestos en la GPC para la “Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea” en los cuales se diferencia en causas maternas, fetales y mixtas. A su vez estas se clasifican en indicaciones absolutas e indicaciones relativas. (Ver Cuadro 1.)

Las indicaciones absolutas: “Son las indicaciones en las cuales la operación cesárea es el único medio a utilizar para terminar el parto y procurar el bienestar del binomio involucrado.”

Las indicaciones relativas: “Son las indicaciones en las cuales se puede dar el nacimiento vía abdominal de forma electiva, dado a que esta presunta menor riesgo y mayor beneficio para el binomio.”⁴

Cuadro 1.

Indicaciones absolutas y relativas de operación cesárea.

Indicaciones absolutas	Indicaciones relativas
<ul style="list-style-type: none"> • Cesárea iterativa • Presentación pélvica • Sufrimiento fetal 	<ul style="list-style-type: none"> • Desproporción cefalopélvica • Enfermedad hipertensiva del embarazo • Ruptura prematura de membranas

<ul style="list-style-type: none"> • Retraso en el crecimiento intrauterino • Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta • Placenta previa • Placenta de inserción baja • Incisión uterina corporal previa • Presentación de cara • Prolapso del cordón umbilical • Hidrocefalia • Gemelos unidos • Infecciones maternas de transmisión vertical (VIH) • Embarazo pretérmino (< 1500 gramos de peso fetal) • Condilomas vulvares grandes 	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo postérmino • Embarazo múltiple • Distocia dinámica • Isoinmunización materno-fetal • Diabetes mellitus • Antecedente de deciduomiometritis • Antecedente de metroplastia • Antecedente de miomectomía • Miomatosis uterina • Compromiso de histerorrafia • Oligohidramnios • Cirugía vaginal previa • Primigesta añosa • Cesárea a petición
---	---

Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México: IMSS; 2014.

Cesárea electiva: “Es aquella intervención programada que se realiza antes del inicio del parto en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Se programa de forma habitual no antes de la semana 39 de gestacion”.⁵

Dentro de las indicaciones relativas, se puede considerar al parto por **cesárea a solicitud materna o “por petición”** que se refiere a “un parto por cesárea realizado porque la madre solicita este método en ausencia de una indicación médica, ni obstétrica para evitar el parto vaginal. La evidencia sugiere que la mayoría de las solicitudes maternas de cesárea son basadas en el temor al dolor o al compromiso fetal y al daño al piso pélvico.”⁶

Es importante señalar que en la literatura mexicana se utiliza de manera frecuente y equívoca el término de “cesárea electiva” para referirse a la operación “por petición materna”, de tal manera que se registra de la misma forma. En esta investigación

se diferenciará la “cesárea electiva” de la cesárea “por petición” de acuerdo a las definiciones previamente descritas.

En las recomendaciones del Lineamiento Técnico de Cesárea Segura, se describe: “No realizar cesárea por petición materna antes de la semana 39 de gestación, sin verificación de la madurez pulmonar fetal, así como en mujeres que deseen muchos hijos, ya que se incrementa el riesgo de placenta previa, acretismo y el riesgo de histerectomía se incrementa en cada cesárea.”⁷

Complicaciones de cesárea.

El incremento en la frecuencia de operación cesárea es un problema de salud pública a nivel mundial, y particularmente en países en vías de desarrollo como México ya que va de la mano con una mayor morbilidad y mortalidad materna-fetal a corto y largo plazo.⁸

La cesárea tiene un riesgo de complicación temprana, tres veces mayor que el parto, reportando diferentes incidencias dependiendo de cada hospital, región y factores de riesgo de la paciente.

Dentro de las complicaciones maternas encontramos particularmente las asociadas a la herida quirúrgica (infección, seroma, dehiscencia) con una incidencia de entre 2% y 28%, fascitis necrotizante (0.18-1.8%), atonía uterina (9%), hemorragia obstétrica (3.1%-18 %), transfusión de sangre (2-4%), anemia, endometritis (6-11%) y septicemia fatal. Entre las lesiones quirúrgicas se encuentran: desgarro de histerorrafia, laceración de arterias uterinas, formación de hematomas, lesión vesical, ureteral o intestinal (0.2 a 0.5%). Histerectomía (2%), uso innecesario de antibióticos con resistencia bacteriana aumentada, eventos trombóticos (OR 2.3-3.6) entre otros. Entre las complicaciones a largo plazo se reporta la placentación anormal (placenta previa (OR 5.0), acretismo placentario (OR 35), desprendimiento de placenta), ruptura uterina, dolor pélvico crónico, adherencias (12-46%), síntomas

vesicales crónicos, endometriosis (0.1%), subfertilidad (10% menos de embarazos), parto prematuro y óbito fetal en embarazos subsecuentes.^{9,10,11,12,13,14,15,16.}

En cuanto a los riesgos del recién nacido se reporta un aumento de la morbimortalidad por prematuridad iatrogénica, taquipnea transitoria del recién nacido (3.1%), síndrome de dificultad respiratoria, principalmente si no presentó trabajo de parto, los secundarios a uso de anestésicos, trauma obstétrico (1-3%), prolongación de la estancia hospitalaria con aumento del riesgo de adquirir una infección nosocomial, retraso del inicio de la lactancia con aumento de procesos infecciosos, y aumento de la probabilidades de morir en el período neonatal temprano (OR 2.5).^{15,17,18.}

Protocolo a seguir para las indicaciones mas frecuentes de cesárea en México.

En México existen numerosos estudios en los cuales reportan las principales causas de la realización de cesáreas, entre estos existen variaciones en el orden de frecuencia, a continuación, se describe las tres principales causas reportadas en el Lineamiento Técnico de Cesárea Segura, de la Secretaría de Salud y el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva acorde a normativa oficial, en donde se muestran los protocolos a cumplir para cada una de estas indicaciones.

Como primera causa la desproporción cefalopélvica (DCP), como segunda causa a la cesárea previa (en esta se incluye el diagnóstico de “sin condiciones para inductoconducción”), y en tercer lugar el sufrimiento fetal, termino que ya no es utilizado a nivel internacional, por lo inespecífico, e inquietante del termino y por agrupar a una serie de eventos o alteraciones no correspondientes con una alteración fetal. Actualmente la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología propone emplear el término de Riesgo de Pérdida del Bienestar Fetal (RPBF) que será el utilizado en este estudio.⁷

- 1. Desproporción cefalopélvica (DCP):** Condición de origen materno, fetal o mixto dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal.

La DCP ocurre en las siguientes circunstancias:

- Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal con buena actitud.
- Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud.
- Pelvis y feto normales con diámetros feto pélvicos limítrofes, después de una prueba de trabajo de parto infructuoso.

Feto macrosómico: Neonato con peso al nacer superior a los 4000 grs, sea cual sea la edad gestacional. Se recomienda cesárea electiva a fetos con reporte de peso mayor a 4500 grs.¹⁹

El diagnóstico de la desproporción cefalopélvica se establece mediante una valoración clínica adecuada de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagen. Ante la complejidad diagnóstica se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto.²⁰

Prueba de trabajo de parto: Es el procedimiento obstétrico al que se somete una parturienta con relación cefalopélvica sospechosa de desproporción y mediante su vigilancia y conducción sin riesgo materno, tiene por objeto conseguir la evolución del trabajo de parto, venciendo obstáculos previstos y presumiblemente franqueables.

Toda prueba de trabajo de parto debe apegarse estrictamente a los requisitos para su inicio, la metodología para su ejecución y la decisión oportuna del momento de su terminación. (Ver Cuadro 2).

Cuadro 2.

Requisitos para iniciar la prueba de Trabajo de Parto.

- Embarazo a término.
- Presentación cefálica abocada.
- Dilatación de 4 cm o más.
- Actividad uterina regular (espontánea o inducida con oxitócicos).
- Membranas rotas.
- Buen estado materno y fetal.
- Evacuación de vejiga y recto.
- Al iniciar la prueba debe ser realizada una estimación del progreso del trabajo de parto que se espera obtener en un período determinado y vigilar cuidadosamente la evolución mediante un partograma.
- La presencia de tinte meconial en líquido amniótico es señal de alarma, aunque no contraindica la prueba.
- Puede estar indicada la analgesia/anestesia a criterio del médico tratante.

Fuente: Lineamiento técnico. Cesárea Segura Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud Dirección. General de Salud Reproductiva 2014.

La prueba de trabajo de parto se interrumpirá en caso de que exista falta de progresión del trabajo de parto en un periodo no mayor de 4 horas, signos de compromiso fetal, alguna otra indicación absoluta, o de urgencia de cesárea que se presente en el transcurso de la prueba.

2. Cesárea previa.

Históricamente existía un concepto clásico de "una vez cesárea, siempre cesárea", la cual, por estudios de investigación recientes, se ha validado la estrategia para permitir un parto vaginal a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, con el fin de lograr un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones. Por lo que a estas pacientes se les procurará el inicio espontáneo del trabajo de parto, y se indicará una prueba de trabajo de parto, el éxito se reporta en 60 al 80%.¹ (Ver Cuadro 3).

Cuadro 3

Contraindicaciones para permitir el parto vaginal en mujeres con cesárea previa.

- Antecedente de dos o más cesáreas previas segmento arciforme
- Antecedentes de cesárea previa tipo segmento-corporal, corporal o presencia de otras cirugías uterinas

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Antecedente de cesárea previa reciente (menor a 6 meses)• Antecedentes de ruptura uterina o dehiscencia de histerorrafia• Pelvis no útil clínicamente |
|---|

Fuente: Lineamiento técnico. Cesárea Segura Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud Dirección. General de Salud Reproductiva 2014.

La prueba de trabajo de parto deberá suspenderse bajo las siguientes circunstancias: sospecha de dehiscencia de histerorrafia, sufrimiento fetal agudo, falta de progresión del trabajo de parto.

3. Riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF):

Bienestar fetal: es el término empleado para mostrar el equilibrio de la homeostasis como resultado del funcionamiento e intercambio adecuado entre los 3 compartimientos: materno, fetal y placentario.

RPBF: aquellas situaciones clínicas que puedan sugerir la presencia de acidosis hipóxica metabólica.

Sufrimiento fetal: es un trastorno metabólico causada por una variación de los intercambios materno-fetales de evolución rápida, que altera la homeostasis fetal y ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia y acidosis, lo cual conduce a lesiones hísticas con secuelas y puede producir la muerte.²¹

Diferentes sociedades científicas han censurando el término sufrimiento fetal refiriendo que es inapropiado y debe abandonarse, principalmente por fines legales, de forma general evidencia un daño que muchas veces no está presente, además aseveran que es poco preciso y con un bajo valor predictivo positivo. La sociedad Española de Obstetricia y Ginecología propone emplear el termino de riesgo de pérdida del bienestar fetal.

Estado fetal no tranquilizador: alteraciones en el registro cardiotocográfico. Este no ha demostrado poseer mayor exactitud si se considera el elevado número de falsos positivos obtenidos con esta prueba, la cual solo ha incrementado el indicador de cesárea.

Los factores causales del sufrimiento fetal pueden ser reversibles (hipotensión materna, efecto Poseiro, hipercontractilidad por uso de oxitócicos), o irreversibles (causa fetal, placentaria o del cordón umbilical), y este puede ser agudo o crónico, el diagnóstico se realiza con registro cardiotocográfico (RCTG), perfil biofísico, medición de PH en el cuero cabelludo, meconio espeso.²²

Diversos organismos (ACOG, NICHD, NICE, FIGO) han generado guías de interpretación, que están basadas en patrones clasificándolos en:

RCTG clase I: Los patrones de categoría I se consideran normales porque los estudios han demostrado que estos hallazgos están asociados con la ausencia de acidemia metabólica fetal en el momento de la observación, no requieren ninguna intervención. (Ver Cuadro 4.).

Cuadro 4.

Hallazgos en RCTG clase I.

- FCF basal: 110 a 160 latidos por minuto.
- Variabilidad moderada de la frecuencia cardíaca fetal basal (FCF) (amplitud de 6 a 25 lpm).
- Sin desaceleraciones tardías o variables.
- Las desaceleraciones tempranas pueden estar presentes o ausentes.
- Las aceleraciones pueden estar presentes o ausentes.

Fuente: Lineamiento técnico. Cesárea Segura Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud Dirección. General de Salud Reproductiva 2014.

RCTG clase II: son los patrones que no se clasifican en lo patrones I y III, el potencial de desarrollo de acidosis fetal varía ampliamente entre cada una de las alteraciones. se deben realizar pruebas complementarias como estimulación de cuero cabelludo, electrocardiograma fetal, PH metría de cuero cabelludo, oximetría fetal. Se indicarán reanimación in útero y se revalorizar con resto de estudios.

RCTG clase III: se considera anormal porque los estudios han demostrado que estos hallazgos están asociados con un mayor riesgo de acidemia hipóxica fetal, que puede conducir a parálisis cerebral y encefalopatía isquémica hipóxica neonatal. Se indican medidas de reanimación intrauterina y resolución del embarazo inmediata. (Ver Cuadro 5).

Cuadro 5

Hallazgos en RCTG clase 3.

- Ausencia de variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal basal (FCF) mas
 - Desaceleraciones tardías recurrentes
 - Desaceleraciones variables recurrentes
 - Bradicardia
- Un patrón sinusoidal

Fuente: Lineamiento técnico. Cesárea Segura Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud Dirección. General de Salud Reproductiva 2014.

La conducta ante el diagnóstico de RPBF dependerá de la naturaleza de su origen:

- Corregir las causas.
- Medidas de reanimación intrauterina (Ver Cuadro 6).
- Si no hay respuesta a las medidas de reanimación posterior a 30 minutos resolución del embarazo vía abdominal.

Cuadro 6

Medidas de reanimación intrauterina para el riesgo de pérdida de bienestar fetal.

- a) Colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo
- b) Administrar oxígeno a la madre 7-10 litros/min, en mascarilla.
- c) Administrar a la paciente solución Hartmann 500 cc en carga.
- d) Disminuir la contractilidad uterina.
 - Suspender la oxitocina en los casos en que se estuviera utilizando.

- Utilizar fármacos útero-inhibidores de ser necesario: (terbutalina, fenoterol, entre otros), con vigilancia estrecha de signos vitales.
- e) Vigilancia estrecha de la frecuencia cardíaca fetal (el feto se recupera aproximadamente a los 30 min. de iniciada la reanimación).

Fuente: Lineamiento técnico. Cesárea Segura Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud Dirección. General de Salud Reproductiva 2014.

Panorama internacional, nacional, estatal y local de la cesárea.

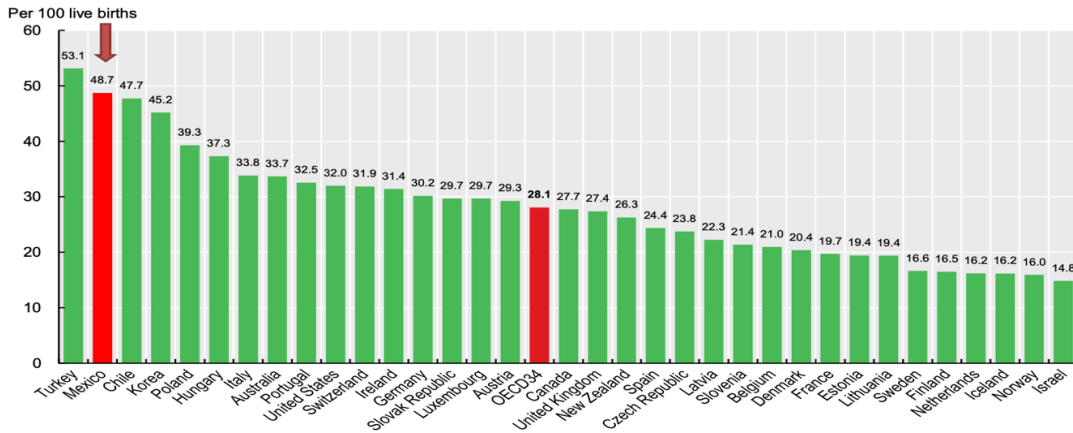
Ámbito internacional.

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud ha considerado desde 1985 que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10 y el 15%, desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. La cesárea cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta “innecesario”. En los últimos años, los gobiernos y profesionales han expresado su preocupación respecto del incremento en la cantidad de partos por cesárea y las posibles consecuencias negativas para la salud materno infantil.^{23,24,25, 26}

Por su parte México ocupó el último lugar dentro de los países miembros de la OCDE en el año 2011 con una tasa de cesárea de 49%, mientras que Islandia ocupaba la tasa más baja con una cifra de 14.7%.²⁷

Gráfica 1.

Tasas de Cesáreas en Países miembros de la OCDE 2017.



Fuente: Datos reportados por la OCDE en 2017, <https://www.oecd.org/health/health-systems/Health-at-a-Glance-2019-Cómo-se-compara-México.pdf>.

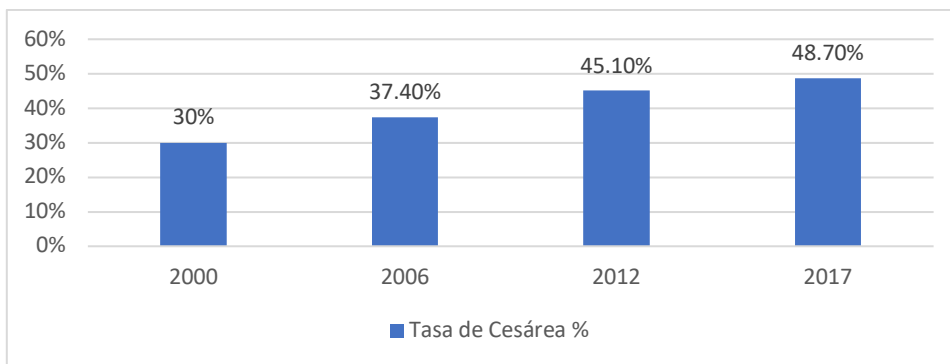
A nivel nacional.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en el año 2018, se presentaron 1,073,737 eventos relacionados con el parto y la cesárea como motivo de hospitalización, el parto, registró 681,358 eventos (63.45%), mientras que la cesárea presentó 392,379 casos, correspondiente al 36.5%.²⁸ (Ver Gráfica).

En el boletín de la OMS denominado “Tendencias de los partos por cesárea de 2008 a 2017, México” reportan una tasa de cesárea media anual de 45.3%, la tasa de partos vaginales disminuyó en un 3.5%, con una mayor incidencia en medios privados, en el año de 2014.²³

Gráfica 2.

Tasas de partos por cesárea según en las encuestas de salud, ENSANUT 2000, 2006, 2012, e INEGI 2017.



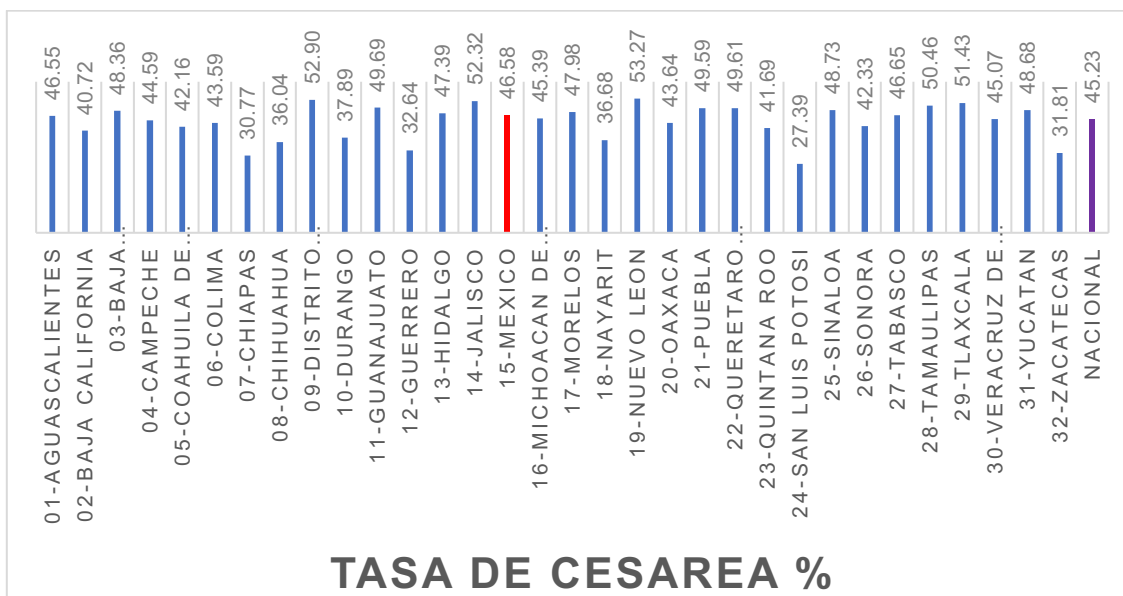
Fuente: Elaboración propia de datos obtenidos en Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT); 2018. Tabulados básicos con precisiones estadísticas. INEGI.

A nivel estatal

La información que se encuentra en la Dirección General de Información en Salud posicionó en el año 2014 al Estado de México como el lugar 18, con un 46.58% de porcentaje de nacidos vivos por cesárea (127,966) respecto al total de nacidos vivos (274,705), esta cifra fue superior que el porcentaje a nivel nacional que tuvo un 45.23 (Ver Gráfica 3.).²⁹

Gráfica 3.

Porcentaje de nacidos vivos por cesárea respecto al total de nacidos vivos a nivel nacional 2014.



Fuente: Elaboración propia de datos obtenidos en Dirección General de Información en Salud, consultado 2 de mayo 2020.

Históricamente el Estado de México ha mantenido mayores porcentajes de nacidos vivos por cesárea que el promedio nacional, como podemos observar en la gráfica *Gráfica 3.*, con una tasa de 46.58% respecto a la nacional de 45.23% en el año 2014.

Violencia obstétrica

La Organización de las Naciones Unidas, en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, consideran como violencia obstétrica.

“(...) el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, (...) en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto”.³⁰

En la Recomendación 40/2018, la Comisión Nacional de Derechos Humanos observó con preocupación que la violencia obstétrica ha sido naturalizada e invisibilizada, de tal manera que la gran mayoría de las mujeres que la viven, consideran que es “normal”, en tanto el personal médico que la genera no reflexiona si su proceder es adecuado en un marco de protección de los derechos humanos tanto de la mujer embarazada como del producto de la gestación.³¹

A nivel estatal, la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México define los tipos, modalidades y la violencia obstétrica de la siguiente manera:

Los tipos de violencia son: los actos u omisiones que constituyen delito y dañan la dignidad, la integridad y la libertad de las mujeres. Los tipos de violencia son: psicológica, física, patrimonial, económica y sexual.

Las modalidades son: violencia familiar, laboral y docente, violencia en la comunidad, violencia institucional, obstétrica, en el noviazgo, política y feminicida.

La violencia obstétrica refiere que: “se configura por parte del personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud cuando se dañe o denigre a la mujer durante el embarazo, el parto, post parto o en emergencias obstétricas, vulnerando sus derechos mediante tratos crueles, inhumanos o degradantes.” la ley contempla de manera enunciativa 9 actos y omisiones constitutivos de violencia, mientras que el código penal del Estado de México plantea que comete el delito el personal de salud que:

I. No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas.

II. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, a través del uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

III. *No obstante de existir condiciones para el parto natural, practique el parto por vía de cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.*

IV. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta, con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad.

V. Sin causa médica justificada, obstaculice el apego del niño o la niña con su madre, a través de la negación a ésta de la posibilidad de cargarle o de amamantarle inmediatamente después de nacer.

VI. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a la que sea propia de sus usos, costumbres y tradiciones obstétricas.^{32,33.}

Así mismo señala que quien ejecute las conductas señaladas en las fracciones I, II, III y VI, se le impondrán de tres a seis años de prisión y de cincuenta a trescientos días multa, y a quien incurra en los supuestos descritos en las fracciones IV y V será sancionado con prisión de seis meses a tres años y de cincuenta a doscientos días multa.³⁴

Por último, el artículo 27 Quater, plantea que el Gobierno del Estado, a través de la Secretaría de Salud, deberá desarrollar programas que fomenten la atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto, el puerperio o en emergencias obstétricas, e instrumentará políticas públicas transversales para prevenir, erradicar y sancionar la violencia obstétrica.³²

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En México y en el mundo existe un incremento importante de la resolución del embarazo vía cesárea, esto aunado a un incremento exponencial en las complicaciones asociadas a esta cirugía. Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%, en México la recomendación es lograr la meta del 15%, y en hospitales de tercer nivel se justifica hasta 20%, que es el porcentaje necesario benéfico para disminuir la morbimortalidad materna fetal, posterior a ese porcentaje no se reporta disminución y sí un incremento en los riesgos en salud, cuando el procedimiento resulta innecesario. La cesárea está asociada a riesgos a corto y largo plazo que pueden perdurar después de la intervención y afectar a la salud de la mujer y del recién nacido, así como su vida reproductiva en el futuro.²³

Se han reportado un gran número de complicaciones asociadas a la operación cesárea, con distintas incidencias entre cada estudio realizado, siendo superior en las pacientes con factores de riesgo. Entre las complicaciones maternas inmediatas encontramos con mayor frecuencia a las siguientes: asociadas a la herida quirúrgica, hemorragia, transfusiones, endometritis, lesión quirúrgica a otro órgano, eventos trombóticos, anestésicas y mortalidad materna aumentada. A largo plazo, en los embarazos consecutivos, el de mayor importancia es la placentación anormal (placentas previas, acretismo y percretismo placentario), ruptura uterina, histerectomía obstétrica, dolor crónico, endometriosis, adherencias, subfertilidad, muerte fetal y parto prematuro. Entre los riesgos fetales se incluyen la prematuridad iatrogénica, trauma a la extracción, taquipnea transitoria del recién nacido, y aumento de la mortalidad perinatal.¹⁸

En otro aspecto la alta incidencia del procedimiento aumenta el gasto en salud pública en el nacimiento por cesárea, por el incremento del costo quirúrgico, por mayor personal médico, material, tiempo de estancia intrahospitalaria del binomio, y reingresos por complicaciones.

La literatura científica demuestra que cuando se utiliza la cesárea sin las justificaciones correctas, los riesgos para la salud sobrepasan los beneficios y se transgreden los derechos reproductivos de las mujeres. La Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México, cuenta con un capítulo exclusivo para violencia obstétrica, donde tipifica como violencia obstétrica a la práctica del parto por vía cesárea, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer, y de realizarse no obstante de existir condiciones para el parto natural.

Durante las últimas décadas, el incremento en la realización de operación cesárea ha contribuido a un aumento en actos que vulneran los derechos humanos, los derechos en salud, y en una vida libre de violencia de las mujeres.

Organismos internacionales y gubernamentales mexicanos han señalado la necesidad de que las instituciones del sector público y del privado, establezcan estrategias puntuales para disminuir los casos de cesáreas innecesarias.

En los últimos años, en el Hospital Materno Infantil del ISSEMyM, se han reportado tasas de cesárea entre el 50-60%, muy superiores a las cifras recomendadas a nivel nacional e internacional. Se pueden observar algunos los factores causales de este fenómeno descritos en la literatura, como es la falta de apego a los protocolos médicos establecidos por la normativa nacional y por la evidencia científica para determinar la decisión de resolver el embarazo vía cesárea con indicación relativa, por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el resultado de evaluar el cumplimiento de protocolos para la indicación relativa de la operación cesárea en el Hospital Materno Infantil del ISSEMyM en el año 2019?

JUSTIFICACIÓN.

Es de relevante importancia entender el problema de salud pública que representa la realización elevada de la cesárea, así como obtener el conocimiento de las causas y si la falta de cumplimiento en los protocolos científicos para la resolución del embarazo en las cesáreas con indicaciones relativa en el Hospital Materno Infantil del ISSEMyM contribuyen a esta problemática, será entonces que con este conocimiento y con los datos obtenidos en esta investigación se encuentren herramientas eficientes de las cuales disponer para crear estrategias que permitan mejorar el cumplimiento de los lineamientos en la materia.

Científico-Académico: existe una necesidad de disminuir las complicaciones maternas y fetales principalmente la mortalidad materna asociadas a la excesiva realización de la cirugía; de fortalecer la formación del profesional con el conocimiento de una correcta práctica obstétrica y de las herramientas existentes para la adecuada atención en la mujer embarazada; de desarrollar una mejora en la toma de decisiones en el profesional de la obstetricia y de promover la vinculación en la institución entre el ejercicio de la medicina y en el área de los derechos de las mujeres.

Política-Administrativa: existe una necesidad a nivel internacional, nacional y local de avanzar en el cumplimiento de metas recomendadas que están por debajo de una incidencia de cesáreas no mayor al 20%, así como la disminución del gasto institucional por el alto costo de la operación cesárea. Avanzar en el cumplimiento de las recomendaciones descritas en la evidencia científica, permitirá mejorar la atención a nivel institucional y contribuirá en la disminución de la violación del derecho a la salud, así como los efectos lamentables en los ámbitos personal, familiar y social que representan la morbilidad y la mortalidad de la mujer embarazada.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar el cumplimiento de los protocolos médicos para la indicación relativa de cesárea en las tres principales causas de la operación en el Hospital Materno Infantil durante el año 2019.

Objetivos específicos:

- Determinar el porcentaje de indicación absoluta y relativa.
- Identificar las cesáreas realizadas por las tres principales causas de indicación relativa.
- Revisar el apego a los protocolos con base a lo indicado en la NOM-007-SSA2-2016 con seguimiento en el Lineamiento de Cesárea Segura establecida para realización de cesáreas con indicación de desproporción cefalopélvica.
- Revisar el apego a los protocolos en base a lo indicado en la NOM-007-SSA2-2016 con seguimiento en el Lineamiento de Cesárea Segura establecida para realización de cesáreas con indicación de cesárea previa.
- Revisar el apego a los protocolos en base a lo indicado en la NOM-007-SSA2-2016 con seguimiento en el Lineamiento de Cesárea Segura establecida para realización de cesáreas con indicación de riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Objetivos secundarios

- Identificar la edad de las pacientes.
- Conocer el número de gestas.
- Conocer edad gestacional de la interrupción.
- Conocer las complicaciones obstétricas en las tres principales causas de cesáreas con indicación relativa.

METODOLOGÍA.

Diseño del estudio: Se realizó un estudio de serie de casos, descriptivo transversal, retrospectivo.

Variables:

Variables primarias	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Tipo de indicación.	Razón válida para emplear el procedimiento quirúrgico para disminuir los riesgos materno fetales.	1-Indicación absoluta. 2.-Indicación relativa. (Ver Cuadro 1.)	Cualitativa dicotómica.	Nominal.
Indicación relativa.	Son las indicaciones en la cuales se puede dar el nacimiento vía abdominal de forma electiva, dado a que esta presenta menor riesgo y mayor beneficio para el binomio.	Cesáreas realizadas con las tres principales causas de indicación relativa: 1. Desproporción cefalopélvica 2. Cesárea previa 3. Riesgo de pérdida de bienestar fetal.	Cualitativa.	Nominal.
Cumplimiento de protocolo entre las cesáreas con indicación de desproporción cefalopélvica.	Protocolo: 1.-Realizar prueba de trabajo de parto. (Ver requisitos Cuadro 2.) 2.- Falla en el trabajo de parto • Falla en prueba de trabajo de parto (falta de progresión en el trabajo de parto por 4 horas, falta de descenso en la presentación, riesgo de pérdida de bienestar fetal) • Presencia durante el trabajo de parto alguna indicación absoluta de cesárea.	1.- Si: Cumplir con el primer criterio, más uno de los dos puntos de falla en el trabajo de parto. 2. No cumple con protocolo.	Cualitativa dicotómica.	Nominal.
Cumplimiento de protocolo	Protocolo:	1.- Si: Cumplir con uno de los dos primeros criterios, más	Cualitativa dicotómica.	Nominal.

entre las cesáreas con indicación de cesárea previa.	<p>1.- Esperar inicio trabajo de parto espontaneo</p> <p>2.-Realizar prueba de trabajo de parto</p> <p>3.- Falla en el trabajo de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falla en prueba de trabajo de parto (falta de progresión en el trabajo de parto por 4 horas, falta de descenso en la presentación, riesgo de pérdida de bienestar fetal) • Presento durante TP alguna indicación absoluta de cesárea • Sospecha de dehiscencia en histerorrafía. 	<p>uno de los dos puntos de falla del trabajo de parto.</p> <p>2.- No cumple con protocolo.</p>		
Cumplimiento de protocolo entre las cesáreas con indicación de riesgo de pérdida de bienestar fetal.	<p>Protocolo:</p> <p>1.- Se indicaron maniobras de reanimación inútero. (Ver maniobras Cuadro 6).</p> <p>2.- sospecha de RPBF.</p> <p>-RCTG clase 3.</p> <p>-RCTG clase 2 mas pruebas complementarias para diagnostico de RPBF.</p>	<p>1.-Si: Cumplir con el primer criterio más dos puntos de sospecha de riesgo de pérdida de bienestar fetal.</p> <p>2.- No cumple con protocolo.</p>	Cualitativa dicotómica.	Nominal.

Variables secundarias	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Tipo de escala de medición.
Edad.	Periodo comprendido ente el nacimiento y el momento del estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • Menores 18 años. • 18-25 años • 25-35 años • Mas de 35 años. 	Cuantitativa discreta.	Intervalo. Por grupos etarios.
Gestas.	Número de embarazos, incluyendo previos y el actual.	<p>Numero de embarazos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primigesta • Secundigesta • Multigesta 	Nominal ordinal.	Intervalo.

Edad gestacional.	Periodo comprendido desde la fecha de la última menstruación hasta la fecha de realización de la cesárea.	En semanas <ul style="list-style-type: none"> • Menor de 37. • 37 a 41 • 41 o mas. 	Cuantitativo continuo.	Intervalo.
Complicaciones de cesárea inmediatas.	Problema médico que se presenta durante o 24 horas después de realizar la operación. Hemorragia, transfusiones, lesión de órganos e ingreso a UCIN.	1. Si esta presente alguno de las complicaciones. 2. No. No existieron complicaciones asociadas.	Cualitativo dicotómico.	Nominal Si/No.

Universo de trabajo: Pacientes sometidas a cesárea en el Hospital Materno Infantil del ISSEMyM en el año 2019.

Criterios de inclusión: Se incluyeron a las pacientes a las cuales se les realizó operación cesárea en el año 2019, y se revisaron los expedientes de las pacientes con diagnóstico de las tres principales causas de indicación relativa (desproporción cefalopélvica, cesárea previa y riesgo de pérdida en el bienestar fetal).

Instrumento de investigación: se extrajeron los datos de los censos diarios del área de ginecología y obstetricia y de los expedientes clínicos en una hoja de recolección de datos de Excel, diseñada para este estudio, que no requiere validación (Ver hoja Anexo 1).

Desarrollo del proyecto: Previa aprobación de los comités de Investigación y Ética en Investigación del Hospital Materno Infantil, se revisó la base de datos de los nacimientos reportados en los censos diarios del área de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Materno Infantil del ISSEMyM en el año 2019, de donde extrajo la información del archivo electrónico, en la hoja de recolección de datos en la cual se identificó las siguientes variables: edad de la paciente, gestas, edad gestacional, tipo de indicación de cesárea, e identificación de las paciente con las tres principales causas.

Una vez recolectados los datos se conocieron las cifras, tasas y porcentajes en el cumplimiento de los protocolos, se completó la información para realizar el análisis, y para generar la propuesta a las autoridades en el seguimiento y ejecución de los lineamientos con el fin de disminuir la operación cesárea innecesaria.

Limite de tiempo: 12 meses (del 1 de enero al 31 de diciembre del 2019).

Limite de espacio: Hospital Materno Infantil del ISSEMyM.

Diseño estadístico: Se llevó a cabo la recolección de datos del archivo clínico electrónico, y se concentró la información en hoja de cálculo de Excel. Se presentaron los resultados en porcentajes de tasas mediante estadística descriptiva de las variables primarias. La tasa de cesárea fue calculada con el número de nacidos vivos por vía cesárea en el periodo del año 2019 entre el número total de nacidos vivos en el mismo periodo por 100. La tasa de cesárea con indicación relativa será calculada con el número de cesáreas con indicación relativa en el periodo del año 2019 entre en número total de cesárea en el mismo periodo por 100.

IMPLICACIONES ÉTICAS.

La presente tesis se desarrolló como estudio retrospectivo a partir de censos y expedientes clínicos por lo que se preservó la confidencialidad, el anonimato y los derechos de las mujeres participantes, considerándose una investigación sin riesgo ni inmediato, ni tardío. El desarrollo de esta tesis esta basado en el cumplimiento de la normativa internacional, con la Declaración de la OMS sobre tasa de cesárea del 2015 y en las recomendaciones de la OMS en las intervenciones no clínicas para reducir la realización de cesárea innecesaria. A nivel nacional con base en: la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida; en la Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México: IMSS; 2014; en el Lineamiento Técnico de Cesárea Segura se la Secretaría de Salud del 2014; en NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico y en la NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010, Que establece los objetivos

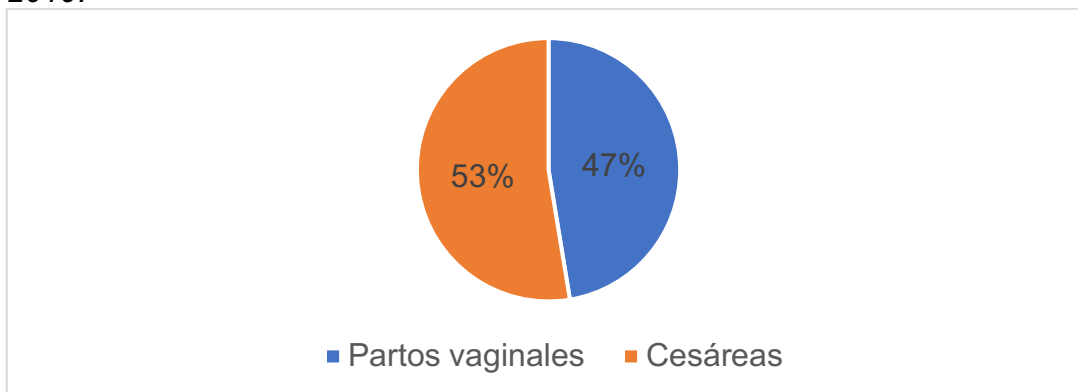
funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud. En lo local basada en la Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México, el artículo 27 Quater.

RESULTADOS.

Se realizó la revisión de los censos diarios de Ginecología y Obstetricia archivados durante el año 2019, en el Hospital Materno Infantil del ISSEMyM. Se cuantificó un total de 1,960 nacimientos, de los cuales 929 fueron partos vaginales, y 1,031 se resolvieron vía cesárea, esto representa una tasa de cesárea del 53%, (Ver *Gráfica 4*). El 35% se realizaron por indicación absoluta con 366 nacimientos, y el 65% por indicación relativa con 665 nacimientos. (Ver *Gráfica 5*)

Gráfica 4.

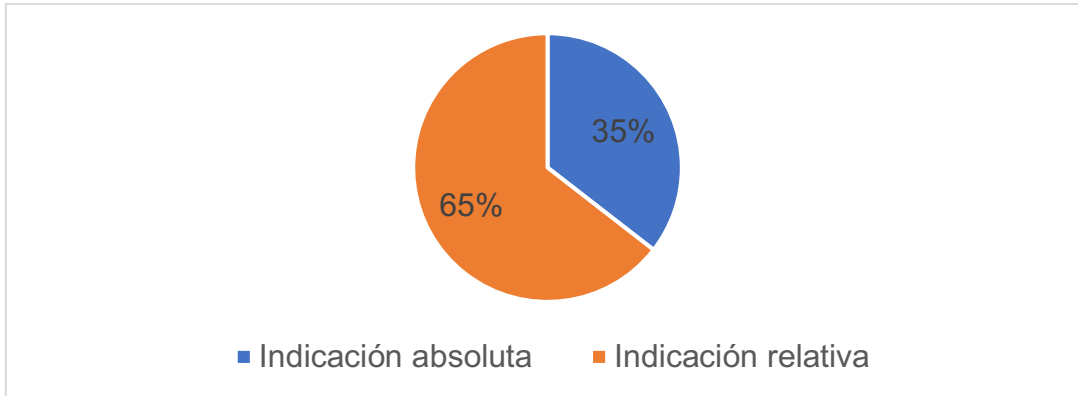
Tasa de cesárea, en el Hospital Materno Infantil del ISSEMyM, durante el año 2019.



Fuente: Archivo clínico electrónico.

Gráfica 5

Tipo de indicación de cesárea, reportada en porcentaje, en el Hospital Materno Infantil del ISSEMyM, durante el año 2019.



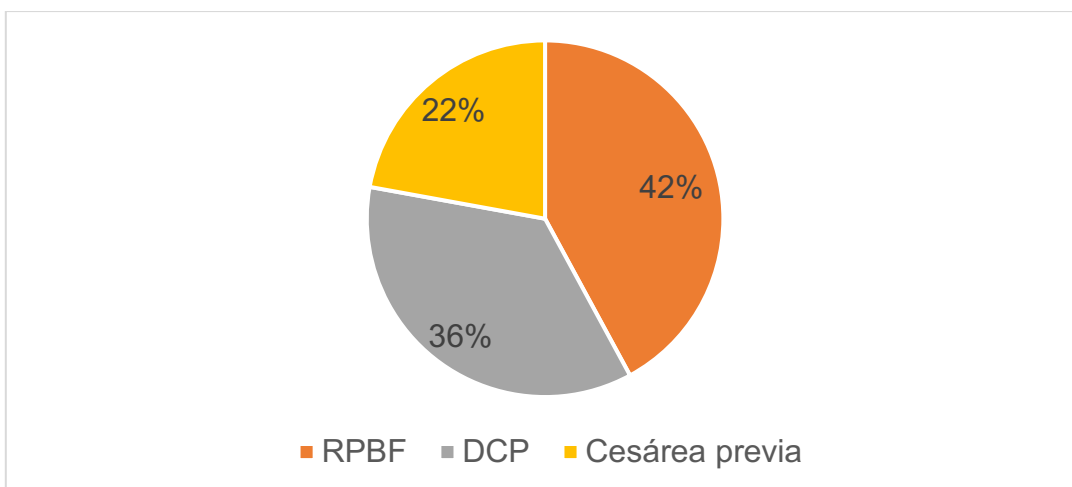
Fuente: Archivo clínico electrónico.

De las 665 cesáreas con indicación relativa, 398 ingresaron a este estudio por cumplir con los criterios de inclusión al ser realizadas por las tres principales causas de la operación. Encontrando con mayor incidencia al diagnóstico de RPBF con un total de 173 pacientes, en segundo lugar, a la DCP con 147 pacientes, y en tercer lugar al diagnóstico de cesárea previa con 91 pacientes. Coexistiendo en 13 pacientes dos de los tres diagnósticos. (Ver

Gráfica 6.)

Gráfica 6.

Cesáreas realizadas por las tres principales causas de indicación relativa, reportada en porcentaje, en el Hospital Materno Infantil del ISSEMyM, durante el año 2019.



Fuente: Archivo clínico electrónico. RPBF (Riesgo de pérdida de bienestar fetal), DCP (Desproporción cefalopélvica).

Se revisaron los expedientes clínicos electrónicos de las 398 mujeres, de donde se recabaron los datos descritos en la definición conceptual, para valorar el cumplimiento de los protocolos para cada diagnóstico, los cuales se presentan a continuación:

Cumplimiento de protocolo en RPBF.

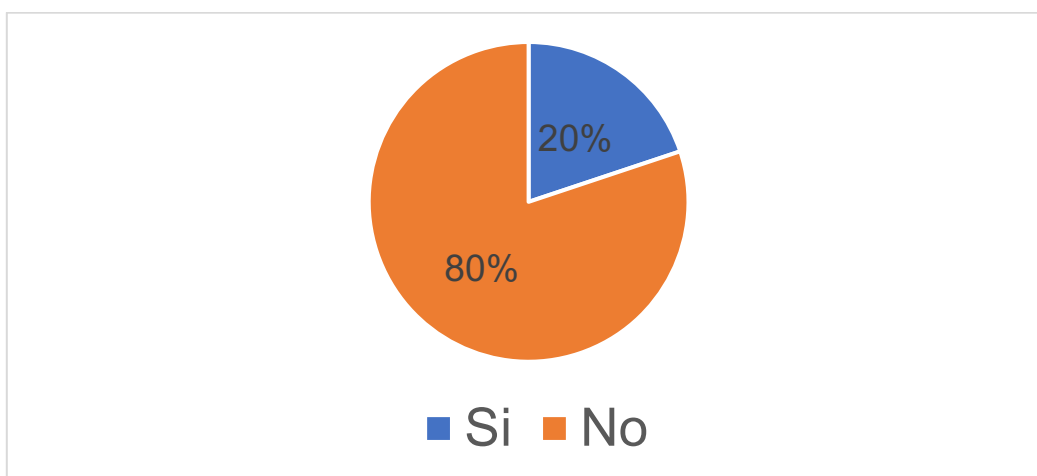
Se reportaron 173 pacientes con diagnóstico de RPBF, se excluyeron 7 pacientes, cinco por presentar otro diagnóstico como justificación de la cesárea, dos por falla en el expediente electrónico. De las 166 pacientes el 80% (133 pacientes) no cumplieron con el protocolo (Ver *Gráfica 7.*), en las 33 mujeres en las que se cumplió con el protocolo fue por un reporte de RCTG clase 3, de los cuales, 7 no describieron características del registro cardiotocográfico en las notas, en 22 pacientes se justificó la cesárea con RCTG clase 3, pero las descripciones de los registros no cumplían con las características concluyentes para RCTG clase 3, y solo en 4 pacientes se describieron los RCTG con criterios para clasificación de clase 3, un reporte de trazo sinusoidal y 3 con variabilidad mínima mas descensos tardíos. A ninguna paciente se le realizó pruebas complementarias como perfil biofísico, ni Ph metría de cuero cabelludo u oximetría fetal. 36 pacientes fueron justificadas para la realización de la cesárea como RPBF por criterios no correspondientes al diagnóstico, 18 por circular de cordón a cuello, 8 por oligohidramnios, 4 por presencia de meconio, 2 por coriamnionitis, y 4 pacientes por restricción de crecimiento intrauterino que es una indicación absoluta de cesarea.

En este grupo de pacientes se presentaron complicaciones en 69 pacientes (41%), 51 mujeres presentaron hemorragia menor (sangrado entre 500 cc-1000cc), 5 con hemorragia mayor moderada (sangrado mayor 1000 cc), y dos de ellas con hemorragia mayor severa (sangrado mayor a 2000 cc), entre las mujeres con hemorragias obstétricas se reportó como causa la atonía uterina en 11 pacientes, 3 requirieron de suturas compresivas, una de ligadura de arterias uterinas, dos con choque hipovolémico y una requirió de histerectomía obstétrica por miomatosis, en el resto de las pacientes no se reporta la causa de la hemorragia. Otras

complicaciones sin hemorragia obstétrica se presentaron en 11 pacientes: dos desgarros cervicales; dos lesiones vesicales; dos crisis hipertensivas transquirúrgicas sin antecedentes de hipertensión crónica y/o preeclampsia previa; 5 neonatos ingresaron a UCIN uno por hipoglicemia neonatal, uno por prematuridad con peso menor a 2000 grs, tres por distres respiratorio. Como dato extra 8 neonatos con calificaciones menores de 7 de Apgar.

Gráfica 7.

Cumplimiento del protocolo para cesáreas realizadas con diagnósticos de RPBF, reportada en porcentaje, en el Hospital Materno Infantil del ISSEMyM, durante el año 2019.



Fuente: Archivo clínico electrónico. RPBF (Riesgo de pérdida de bienestar fetal).

Cumplimiento de protocolo para DCP.

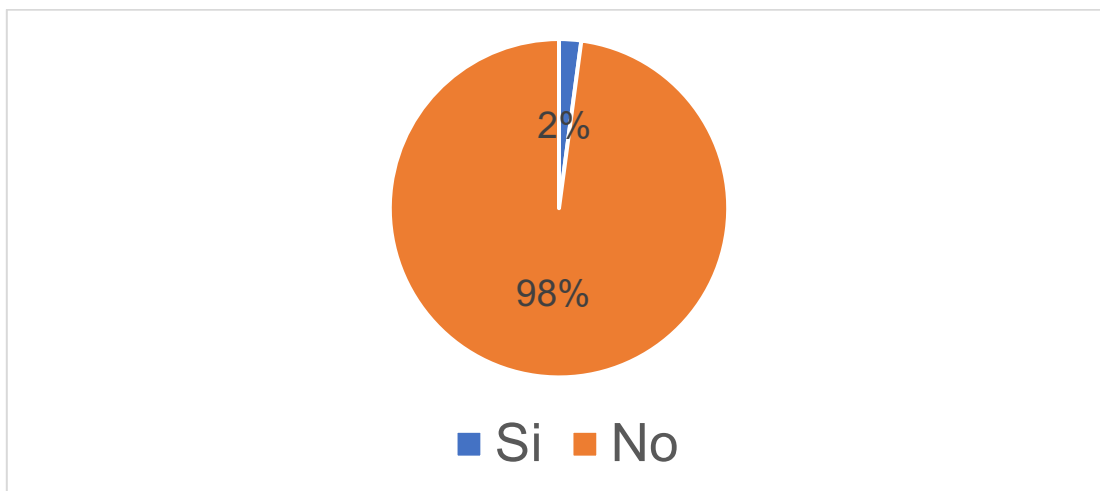
De las 147 pacientes registradas con diagnóstico de desproporción cefalopélvica como justificación para la realización de la cesárea, 5 fueron excluidas por reportar en el expediente otros diagnósticos como indicación de la cesárea no correspondientes a DCP, de las 142 pacientes que cumplieron con el diagnóstico, 139 que representan el 98% no cumplieron con el protocolo (Ver Gráfica 8.), solo 3 pacientes cumplieron, dos por reporte de feto con peso mayor a 4500 grs, y la tercera por presentar un RCTG clase 3 durante su vigilancia. A 13 mujeres se les ofreció una prueba de trabajo de parto, en ninguna de ellas se presentó algún criterio para falla en el trabajo de parto, pero se decidió en los cambios de turno la

realización de la cesárea. En 10 pacientes coexistió el diagnóstico de DCP con cesárea previa, 7 de ellas habían iniciado trabajo de parto en fase latente, ninguna con trabajo de parto en fase activa. Se diagnosticó DCP a expensas de feto macrosómico a 22 pacientes de las cuales solo 10 neonatos presentaron peso mayor a 4000 grs, 2 de ellos con peso mayor a 4500 grs.

En este grupo se presentaron complicaciones en 66 pacientes (47%), 56 pacientes con diagnóstico de hemorragia menor, y una paciente con hemorragia mayor, dentro de las hemorragias obstétricas en 4 pacientes se reportó la atonía uterina como causa de la hemorragia, una requirió de suturas compresivas, una con desgarro de arteria uterina, y una con desgarro de ligamento ancho, en el resto no se reportó la causa de la hemorragia. Otras complicaciones sin hemorragia reportadas fueron: 7 desgarros de arteria uterina, un hematoma en comisura de histerorrafia, y una atonía uterina.

Gráfica 8.

Cumplimiento de protocolo en cesáreas realizadas con diagnósticos de DCP, reportada en porcentaje, en el Hospital Materno Infantil del ISSEMyM, durante el año 2019.



Fuente: Archivo clínico electrónico. DCP (Desproporción cefalopélvica).

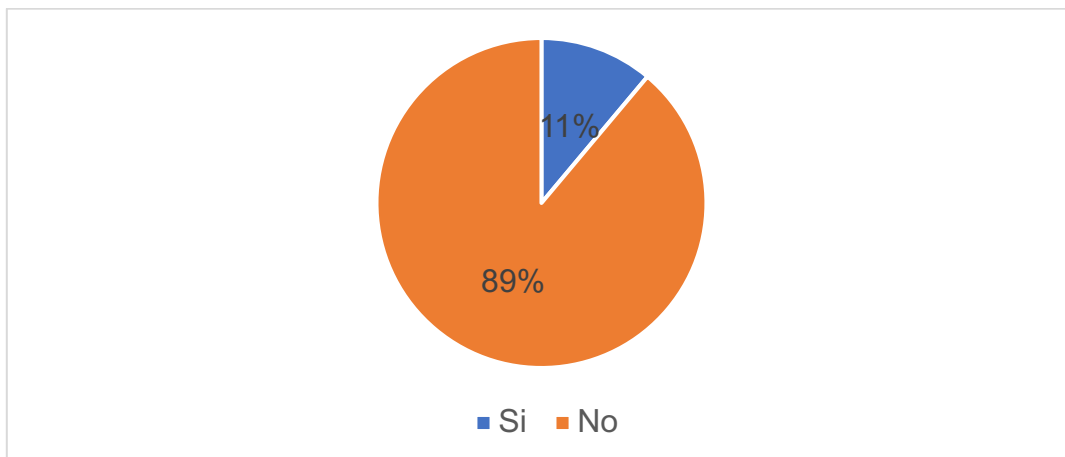
Cumplimiento de protocolo para cesárea previa.

De las 91 pacientes reportadas con diagnóstico de cesárea previa, se excluyó a una paciente por presentar otro diagnóstico de justificación de la cesárea. De las 90 mujeres con cesárea previa, 80 pacientes (89%) no cumplieron con el protocolo (Ver *Gráfica 9.*), de las 10 pacientes que cumplieron, 4 fueron por presentar sospecha de compromiso fetal, 4 por sospecha de dehiscencia de la histerorrafia previa, una paciente por ruptura de membranas de larga evolución mas feto prematuro, y una por feto macrosómico. Solo 19 pacientes iniciaron trabajo de parto de forma espontánea, a 12 pacientes se les dio prueba de trabajo de parto, de ellas solo una presentó indicación de cesárea durante el trabajo de parto por sospecha de dehiscencia de histerorrafia previa.

Se presentaron complicaciones en el 43% (39 pacientes), 29 de ellas presentaron hemorragia menor, tres pacientes con hemorragia mayor, dentro del grupo de las hemorragias se reportó como causa a la atonía uterina en 10 pacientes, una de ellas requirió de sutura compresiva y ligadura de arterias uterinas, un desgarro de ligamento ancho y un desgarro de arteria uterina. Otras complicaciones sin hemorragia: 3 atonías uterinas; una ligadura de arterias uterinas; 3 desgarros de arterias uterinas; una paciente con dificultad en la extracción fetal que requirió de internamiento neonatal por dificultad respiratoria.

Gráfica 9.

Cumplimiento de protocolo para cesáreas realizadas con diagnósticos de cesárea previa, reportada en porcentaje, en el Hospital Materno Infantil del ISSEMyM, durante el año 2019.



Fuente: Archivo clínico electrónico.

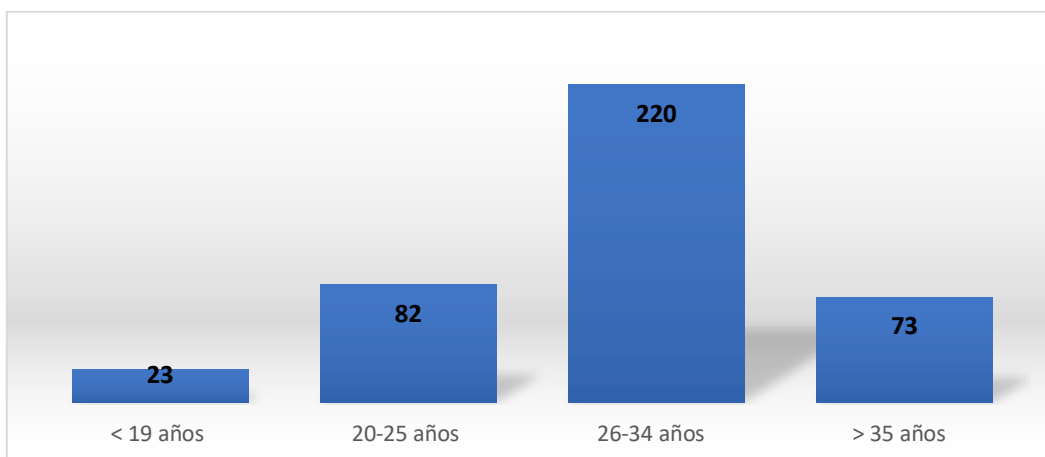
Como variables secundarias se recabaron los datos de las características de la población estudiada como son: edad materna; número de gestas; edad gestacional y complicaciones inmediatas.

Los rangos de edad se distribuyeron en: menor o igual a 19 años (madre adolescente) con 23 pacientes; de 20 a 25 años con 82 pacientes; de 26 a 34 años siendo el predominante con 220 pacientes; e igual o mayor de 35 años (edad materna avanzada) 73 pacientes. (Ver

Gráfica 10.)

Gráfica 10.

Grupos de edad de las pacientes que se les realizó cesárea por las tres principales causas de indicación relativa, reportada en numero de pacientes, en el Hospital Materno Infantil del ISSEMyM, durante el año 2019.



Fuente: Archivo clínico electrónico.

Se recabó la información de la cantidad de embarazos por paciente, y se dividió en tres grupos; primigestas con 167 mujeres; secundigestas con 149 pacientes y multigestas con 82 pacientes. (Ver *Gráfica 11.*)

Gráfica 11.

Grupos por número de gestas de las pacientes que se les realizó cesárea por las tres principales causas de indicación relativa, reportada en número de pacientes, en el Hospital Materno Infantil del ISSEMyM, durante el año 2019.

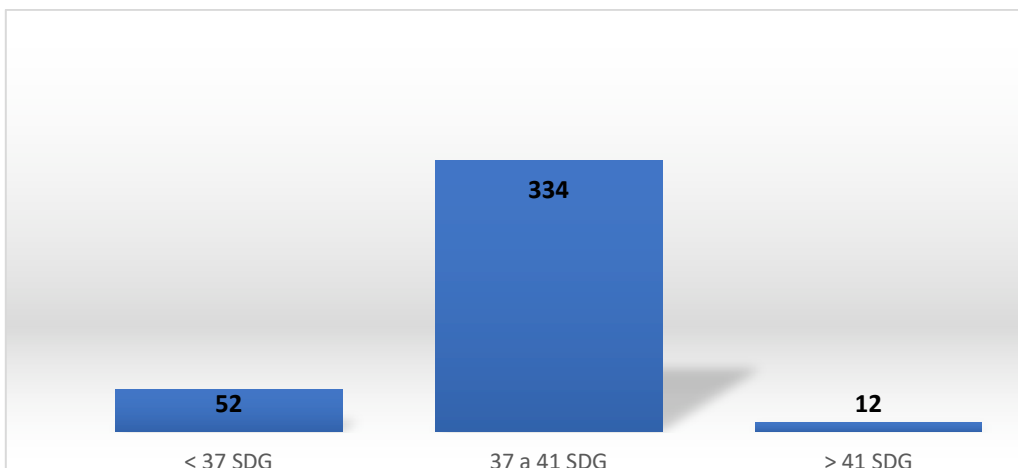


Fuente: Archivo clínico electrónico.

Entre los rangos de edad gestacional se tomaron en cuenta a prematuros con edad menor de 37 SDG; embarazo de término entre 37 SDG a 41 SDG; y en vías de postérmino mayores de 41 SDG. Reportando 49 pacientes con embarazo pretérmino, 330 con embarazo de término y 11 pacientes con embarazo en vías de postérmino. Ninguna paciente en postérmino (mayor de 42 SDG). (Ver Gráfica 12.).

Gráfica 12.

Rangos de edad gestacional de las pacientes que se les realizó cesárea por las tres principales causas de indicación relativa, reportada en número de pacientes, en el Hospital Materno Infantil del ISSEMyM, durante el año 2019.



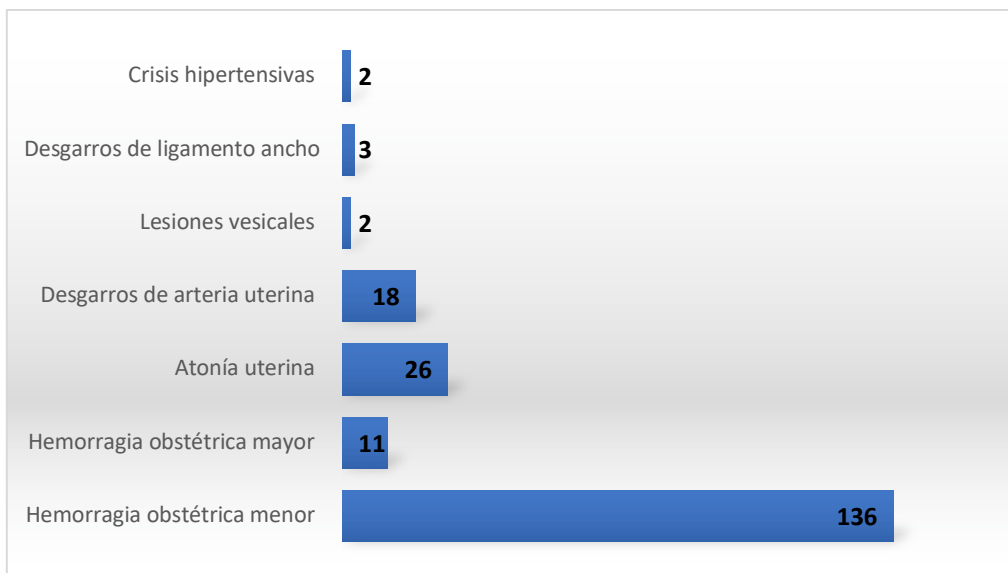
Fuente: Archivo clínico electrónico.

Complicaciones quirúrgicas inmediatas.

De las 398 pacientes estudiadas se excluyeron a 13 pacientes, quedando un total de 385 mujeres, en la cuales se presentaron complicaciones en 173 pacientes (45%), la de mayor incidencia fue la hemorragia obstétrica, con el 85% de las complicaciones. Dentro de este grupo 136 fueron reportadas como hemorragias menores, 9 como hemorragias mayores moderadas y dos hemorragias mayores severas, la causa fue en 25 pacientes por atonía uterina, 3 desgarros de arteria uterina, y un desgarro de ligamento ancho, de estas pacientes 5 requirieron de suturas compresivas, dos de ligadura de arterias uterinas, y una de histerectomía obstétrica para el control del sangrado, en el resto de las pacientes no se reportó la causa de la hemorragia. Otras complicaciones sin hemorragia obstétrica se presentaron en 26 pacientes, entre estas: 10 desgarros de arteria uterina, 4 atonías uterinas, dos desgarros cervicales, dos lesiones vesicales, un hematoma en comisura de histerorrafia, 6 neonatos que ingresaron a UCIN. Concluyendo 13 pacientes (3.4%) con complicaciones severas incluyendo en estas a las hemorragias obstétricas mayores y las lesiones vesicales. Las complicaciones se presentan en la siguiente gráfica, tomando cada complicación de manera independiente, sabiendo que coexistieron en varias pacientes. (Ver Gráfica 13.).

Gráfica 13.

Complicaciones quirúrgicas inmediatas de las pacientes que se les realizó cesárea por las tres principales causas de indicación relativa, reportada en numero de pacientes, en el Hospital Materno Infantil del ISSEMyM, durante el año 2019.



Fuente: Archivo clínico electrónico.

DISCUSIÓN.

Con los resultados previos podemos correlacionar los datos con la literatura, y evidenciar que la población estudiada no es la excepción al problema de la epidemia de cesáreas, con una tasa de cesárea de 53% superior a la recomendada, la OMS menciona que en ninguna región del mundo se justifica una incidencia mayor del 10-15% en el segundo nivel y no más del 20% en el tercer nivel. En múltiples artículos mexicanos, de América Latina, y Norteamérica, se reporta la notable elevación de la incidencia de cesáreas, acompañadas del aumento en la morbimortalidad a corto y largo plazo, haciendo énfasis en la necesidad de estrategias para la disminución de su realización.^{35,36,37,38,39.}

De las 398 pacientes de los tres grupos de estudio, se encontró que en el 88% de las pacientes, no cumplieron con los protocolos descritos en la normativa nacional, en la Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-2016, en el apartado 5.5.4 menciona: se debe evaluar la resolución del embarazo, y decidir la conducta a seguir conforme a la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México; 2014, en donde recomienda para la disminución de la incidencia: la creación de un comité para evaluar las indicaciones de la operación; analizar los casos, sesionarlos, y retroalimentar con evidencia médica, para mejorar

la practica clínica y disminuir el numero de cesáreas realizadas sin seguimiento de protocolos; asi como la creación de la política sistemática y obligatoria de una segunda opinión, de quien este comprometido con la no realización de cesáreas injustificadas. En un estudio aleatorizado, que se realizó en 36 países de Latino América, entre los que se incluyeron Argentina, Brasil y México, se redujo hasta 25% de operaciones mediante una segunda opinión para la realización final de una cesárea. Estrategias que no fueron seguidas en estas pacientes. ^{3,1,40.}

El grupo de las pacientes estudiadas con diagnóstico de DCP presentaron el mayor porcentaje de incumplimiento con el 98%, la principal causa analizada fue que, en la mayoría de los casos, no se otorgó una prueba de trabajo de parto. En el Lineamiento Técnico Cesárea Segura, de la Secretaría de Salud, y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva 2013 indica que se debe dar una prueba de trabajo de parto a toda paciente con sospecha de DCP, y cumplir los requisitos para el inicio de la prueba. En la revision sistemática “Progresion del trabajo de parto normal y anormal” de Up To Date 2020, indica que ninguna sospecha de DCP es indicación de relización de la operación, que las verdaderas DCP solo suceden en presencia de (p Ej. teratomas, gemelo unido, hueso materno deformado, hidrocefalea), las falsas DCP se deben mas bien a una mala presentacion que a una verdadera disparidad fetal con las dimensiones de la madre, refiere que no se puede predecir la discordancia de manera clínica, ni por métodos de imagen, mas bien lo predecirá el mal curso del trabajo de parto. En nuestras pacientes de este grupo (142 embarazadas), solo 13 pacientes (9.2%) se les otorgó un prueba de trabajo de parto y ninguna de estas presentó alteraciones en la evolución del trabajo de parto, el resto ingreso con plan quirúrgico.^{20,41.}

En el grupo de pacientes con cesárea previa presentaron un 89% de incumplimiento, en ellas se observó como principal causa, que no se dio espera al inicio del trabajo de parto espontaneo, y su ingreso hospitalario prematuro. En la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México; 2014, indica como estrategia para la disminución de la operación, se debe esperar un trabajo de parto espontaneo; no se debe ingresar a las pacientes en

falso trabajo de parto, así como no realizar inducciones innecesarias. En los datos reportados de este estudio encontramos que, de las 90 pacientes, 19 embarazadas (21%), iniciaron trabajo de parto en forma espontánea, a 12 pacientes se les dio una prueba de trabajo de parto, y solo 5 mujeres (5.5%) llegaron a un trabajo de parto en fase activa. Respecto a las complicaciones mencionadas, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos ACOG 2014, reporta como beneficios de un parto vaginal después de una cesárea: 1) Menor estancia hospitalaria; 2) Menor sangrado; 3) Menor probabilidad de infección y 4) Menos eventos tromboembólicos. Comparación que podría realizarse en nuevos estudios que diferenciaran las complicaciones entre los nacimientos vía partos vaginales contra cesárea en el Hospital Materno Infantil. Cabe enfatizar que en este grupo se observó como principal problemática el ingreso hospitalario sin inicio de un trabajo de parto en fase activa lo cual aumenta la resolución por cesárea según la literatura indicada.^{1,42.}

En el grupo de RBPF se reportó el mayor número de pacientes con un 42% de las mujeres estudiadas, a pesar de ser el grupo con mayor cumplimientos de protocolos, requirió de un especial análisis, ya que se encontraron mayores errores en el diagnóstico, por registros reportados como clase 3, que no cumplían con las características para esta clasificación, o por diagnósticos de RPBF por oligohidramnios, por circular de cordón a cuello o por meconio, en ninguno de estos casos cumple con la definición, ni son indicación de interrupción abdominal por sí solos. Al no ser este un problema exclusivo de nuestras pacientes y ante las interrogantes con el actuar ante esta dificultad, en el 2008, se realizó el taller del Instituto Nacional de Salud Infantil y de Desarrollo Humano de los Estados Unidos (NICHD), donde participaron el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) y la Sociedad de Medicina Materno-Fetal (SMFM), con la finalidad de actualizar los criterios para la sospecha de una alteración del bienestar fetal, basadas en el RCTG y pruebas agregadas, así como estandarizar las pautas del manejo para cada tipo de RCTG, indicando para RCTG clase I ninguna intervención, para el clase 3 identificar las causas y valorar la interrupción, y para RCTG clase 2 como indeterminados, sin indicación para cesárea, sino para una vigilancia

estrecha, medidas correctivas y estudios complementarios, en nuestro grupo estudiado no se cumplió con tales acciones, indicando de manera inmediata la interrupción abdominal. ^{20,43,44,45.}

En los datos obtenidos de los objetivos secundarios se encontró de relevancia que el 41% de las pacientes eran primigestas, aun cuando la normativa con el Lineamiento Técnico Cesárea Segura, de la Secretaría de Salud, y Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva 2013 indica que, en todas las pacientes embarazadas, que no tengan ninguna contraindicación materna o fetal, principalmente primigestas, se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto, con la finalidad de evitar realizar una cesárea. En estudios se ha demostrado que la morbilidad materno fetal, y la incidencia de cesáreas consecutivas aumenta cuando se practica en pacientes primigestas. Por lo que el Lineamiento recomienda evitar la primera cesárea en manera de lo posible. ^{7,35.}

Como datos de gravedad se reportó una tasa de complicaciones quirúrgicas inmediatas del 45%, cabe señalar que el 79% fueron por hemorragia obstétrica menor, por tomar en cuenta la nueva actualización de la definición de hemorragia obstétrica con base en la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Choque Hemorrágico en Obstetricia. México; 2017, con sangrado entre 500 cc y 1000cc, la definición previa contemplaba la hemorragia a partir de los 1000 cc, esto nos llevó a un aumento del porcentaje de nuestras complicaciones. En los estudios asociados existe un ensayo del Reino Unido en mujeres sometidas a cesárea con antecedente de cesárea previa donde se reportó que estas presentaron más riesgo de pérdidas sanguíneas mayores de 1000 ml durante el procedimiento. Otro dato de relevancia fue que en nuestro estudio se encontraron a 4 neonatos ingresados a UCIN por dificultad respiratoria, un estudio prospectivo en Reino Unido observó un aumento de los casos de síndrome de dificultad respiratoria o taquipnea transitoria del recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en productos obtenidos por cesárea. ^{46,47.}

CONCLUSIONES.

En los datos reportados de los objetivos específicos, se demostró un porcentaje mayor de indicaciones relativas respecto a las absolutas, siendo las tres principales causas; la DCP, el RPBF, y la cesárea previa, de las cuales, al realizar el análisis del cumplimiento de los protocolos médicos de las estrategias para la disminución de operación cesárea, se encontró un incumplimiento en el 88% de las pacientes estudiadas, procedimientos que pudieron haberse evitado con el apego a la evidencia médica y con ello disminuir las complicaciones de la operación, el gasto en salud y mejorar del futuro obstétrico de las mujeres. En cuanto a los objetivos secundarios el grupo de edad de mayor incidencia fue el de 26 a 34 años; las primigestas, y los embarazo de termino fueron las que presentaron el mayor numero de pacientes; y en los datos recabados de las complicaciones, se reportó con mayor incidencia a la hemorragia obstétrica.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.

Como recomendaciones basadas en las estrategias estudiadas, se debiera fomentar el apego a los protocolos, normativas, y guías nacionales e internacionales establecidos para la realización de cesárea, se debe otorgar de materiales preparatorios e informativos a las pacientes, así como crear lineamientos internos, y un comité de vigilancia estrecha, que garantice el acompañamiento y la segunda opinión de un personal comprometido con la disminución de la tasa de la operación. Seria de importancia proveer de instrumentos y recursos complementarios para corroborar el diagnóstico de riesgo de pérdida de bienestar fetal y con esto brindar la confianza al personal obstétrico para otorgarle la oportunidad a la paciente de una resolución vía vaginal.

Desde el aspecto ético, seria de interés evaluar a la posteridad la causa del porque el obstetra toma la decisión de la resolución vía abdominal, a pesar de la evidencia literaria, en donde nos guían a apegarnos a una práctica responsable, actuando siempre a favor del beneficio de las mujeres, garantizando sus derechos en salud,

y sus derechos reproductivos, y a contribuir a que las instancias en salud se apeguen a las estrategias normadas para el bienestar del binomio. En la Guía NICE 2011, menciona que un estudio realizado reportó que solo el 40% de las embarazadas tiene suficiente información sobre los riesgos y beneficios de la cesárea. Por lo que se recomienda ofrecer a las mujeres embarazadas la información basada en la evidencia y el apoyo que les permita tomar decisiones informadas sobre el parto y la resolución su embarazo.^{1.47.}

BIBLIOGRAFÍA.

¹ Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México: Instituto Mexicano de Seguro Social; 2014. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/048_GPC_Cesarea/IMSS_048_08_EyR.pdf. Fecha de consulta 10 abril 2020.

² Suárez-López L, Campero L, De la Vara-Salazar E, Rivera-Rivera L, et al, Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. Revista Salud pública Méx 2013, vol.55 supl.2.

³ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Publicada por diario oficial de la federación 2016. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5950/salud12_C/salud12_C.html. Fecha de consulta 10 abril 2020.

⁴ Contreras C, Matus A. Incidencia de cesárea en primigestas ingresadas en el servicio de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido del 01 de enero al 30 de junio del 2007. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad de Ciencias Médicas. UNAN-LEÓN. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/3764/1/206159.pdf> Fecha de consulta 15 abril 2020.

⁵ Guía clínica protocolo de cesárea. Protocolos de medicina materno fetal de Hospital clínica Barcelona. Disponible en <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf>. Fecha de consulta 20 mayo 2020.

⁶ Errol R, Norwitz A. Parto por cesárea a petición materna, Fecha de actualización abril 2020, UpToDate; 2019. Fecha de consulta 12 abril 2020.

⁷ Secretaría de Salud. Lineamiento Técnico para la Cesárea Segura. México. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. SSa, 2013.

⁸ Cárdenas R. Determinantes de la operación cesárea en las áreas metropolitanas de México. Sociedad Mexicana de Demografía 1 a. Edición, Ciudad de México, 1998. p. 169-181.

⁹ Corona A, Higuera T, Cabero LI. Complicaciones maternas a corto plazo en pacientes con cesárea. El selvier. Prog Obstet Ginecol. 2008;51(12):703-8.

¹⁰ Temming L, Raghuraman N, Carter EB, Stout MJ, Rampersad R, Macones GA, et al. Impact of evidence-based interventions on wound complications after cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2017; 217:449.e1.

¹¹ Ueland K. Maternal cardiovascular dynamics. VII. Intrapartum blood volume changes. Am J Obstet Gynecol 1976; 126:671.

¹² Hammad IA, Chauhan SP, Magann EF, Abuhamad AZ. Peripartum complications with cesarean delivery: A review of Maternal-Fetal Medicine Units Network publications. J Matern Fetal Neonatal Med 2014; 27:463.

¹³ Puma J, Díaz J, Caparó C. Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima, Perú. Rev Med Hered. 2015; 26:17-23.

¹⁴ Sucak A, Celen S, Akbaba E, Soysal S, Moraloglu O, Dinisman N. Comparison of nulliparas undergoing cesarean section in first and second stages of labour: a prospective study in a tertiary teaching hospital. Obstet Gynecol Int 2011. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3176624/> Fecha de consulta: 15 abril 2020.

¹⁵ Cardenas R. Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado. Academia Nacional de Medicina de México, Gac Méd Méx medigrafic. 2002. Vol. 138 No. 4.

¹⁶ Berghella V. Cesarean delivery: Postoperative issues, Review, actualizado Oct 09, 2019. UpToDate. Fecha de consulta 12 abril 2020.

¹⁷ Levine EM, Ghai V, Barton JJ, Strom CM. Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns. Obstet Gynecol 2001; 97:439.

¹⁸ Berghella V, Revisión de Parto por cesárea: problemas postoperatorios. actualizada abril 2020, UpToDate. Fecha de consulta: 15 abril 2020.

¹⁹ Guía clínica. Protocolo de macrosomía. Protocolos de medicina materno fetal, Hospital clínica Barcelona. Disponible en <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/macrosomia.pdf> Fecha de consulta 20 agosto 2020.

²⁰ Secretaría de Salud. Lineamiento Técnico para la Indicación y Práctica de la Operación Cesárea. 2016, disponible en: <http://www.salud.gob.mx> > cdi > documentos > DOCSAL6170. Fecha de consulta 2 abril 2020.

²¹ Williams, Obstetrics. Evaluación intraparto. 23 ed. New York: The McGraw-Hill Companies; 2010. p. 284-311.

²² Nápoles D, Controversias actuales para definir las alteraciones del bienestar fetal. MEDISAN .2013 ; 17(3):521-534. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000300014&lng=es. Fecha de consulta 18 abril 2020.

²³ Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Resumen ejecutivo, OMS: WHO/RHR/15.02, pp. 8; 2015.

²⁴ Organización Mundial de la Salud. Recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections, 2018. Disponible en: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>). Fecha de consulta: 1 abril 2020

²⁵ Chen I, Opiyo N, Tavender E, et al, Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. (Review) Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 9. Art. No.: CD005528. DOI: 10.1002/14651858.CD005528.pub3.

²⁶ Ruiz J, Espino S y Sosa, Vallejos A, Duran L. Cesárea: Tendencias y resultados. Revista Perinatol. Reprod. Hum. vol.28 no.1 México ene./mar. 2014. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000100006.

²⁷ Schnapp C, Sepúlveda E., Robert JA. Operación Cesárea. Revista Medicina Clínica Condesa – 2014 25 (6) 987-992. DOI: 10.1016/S0716-8640(14)70648-0, disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-operacion-cesarea-S0716864014706480>.

²⁸ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT); Tabulados básicos con precisiones estadísticas; 2018. INEGI.

²⁹ Dirección General de Información en Salud, consultado 2 de Mayo 2020, internet disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/indicadores_inclusionesocial_gobmx.html Fecha de consulta 20 abril 2020.

³⁰ Revista Redbioética de la UNESCO, Año 4, Volumen 1, Número 7, Enero-Junio de 2013, pág 28.

³¹ Recomendación 40/2018 Comisión Nacional de Derechos Humanos. México 24 de octubre 2018.

³² Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero de 2007 Texto vigente. Última reforma publicada DOF 13-04-2018, consultado 18 abril 2020. Disponible en: <http://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/ley/vig/leyvig139.pdf>. Fecha de consulta 18 abril 2020.

³³ Código Penal del Estado de México, decreto 125, Secretaría de Asuntos Parlamentarios, LIX Legislatura, publicado el 13 de septiembre de 2016. Disponible en: <https://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/ley/vig/leyvig139.pdf> Fecha de consulta 17 abril 2020.

³⁴ Reformado mediante decreto número 69 de la “LIX” Legislatura. Publicada en la Gaceta del Gobierno el 14 de marzo de 2016). (Mediante el decreto número 460 de la “LVII” Legislatura, publicada en la Gaceta del Gobierno el 9 de septiembre de 2012.

³⁵ Martínez-Salazar, G.J. Grimaldo-Valenzuela, P. Vázquez-Peña, G. Reyes-Segovia, C. Torres-Luna, G. Escudero-Lourde, G. Operación cesárea. Una Vision historica, epidemiológica y etica para disminuir la incidencia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(5):608-15. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im155r.pdf> Fecha de consulta 15 noviembre del 2020.

³⁶ Rizo Gil, A. Partos atendidos por cesárea. Análisis de los datos de las encuestas nacionales de demografía y salud en colombia 1995-2005. Revista EAN 67. Septiembre-Diciembre 2009.P.59-74. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/ean/n67/n67a05.pdf> Fecha de consulta 15 noviembre del 2020.

³⁷ Puentes-Rosas, MV; Gómez-Dantés O, MC, MSP; Garrido-Latorre, F. MC. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. Salud pública Méx vol.46 no.1 Cuernavaca ene./feb. 2004. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000100003. Fecha de consulta 15 noviembre del 2020.

³⁸ Sakala C. Medically unnecessary cesarean section births: introduction to a symposium. El Selvier, volume 37, Issue 10, November 1993, Pages 1177-1198 2002. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90331-W](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90331-W) <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369390331W>. Fecha de consulta 15 noviembre del 2020.

³⁹ Organización Panamericana de la Salud. La cesárea solo debería realizarse cuando es medicamente necesaria. 2015. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es. Fecha de consulta 15 noviembre del 2020.

⁴⁰ Altabhe F, Belizan JM, Alexander s, Ramos S, Romero M, Segunda opinión obligatoria para reducir cesáreas innecesarias en Latino América: un estudio controlado randomizado en racimo. For the Latin American Caesarean Section Study Group. Lancet 2004; 363: 1934-40. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000400014>. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000400014. Fecha de consulta: 7 de diciembre 2020.

⁴¹ Ehsanipoor RM, Satin AJ, FACOG, Porgresion del trabajo de parto normal y anormal. Revisión 11 septiembre 2020. UpToDate. Fecha de consulta: 7 de diciembre 2020.

⁴² Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología. Boletín de prácticas de ACOG. Parto después de Cesárea. Número 36, julio de 2002. Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología. Int J Gynaecol Obstet 2002. Fecha de consulta: 7 de diciembre 2020.

⁴³ Macones G, MD, Trazos de frecuencia cardíaca fetal intraparto de categorías I, II y III: manejo. Actualizado septiembre 2020. UptoDate. Fecha de consulta: 7 de diciembre 2020.

⁴⁴ Monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal: directrices de investigación para la interpretación. Taller de planificación de investigaciones del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano. Am J Obstet Gynecol 1997; 177: 1385.

⁴⁵ Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Boletín de prácticas Núm. 106 del ACOG: Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal intraparto: nomenclatura, interpretación y principios generales de manejo. Obstet Gynecol 2009; 114: 192. Reafirmado 2019.

⁴⁶ Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Choque Hemorrágico en Obstetricia. México; 2017. Instituto Mexicano de Seguro social; 2014. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/162GER.pdf>. Fecha de consulta: 7 de diciembre 2020.

⁴⁷ M.Y.K Wee, H, Brown. The National Institute of Clinical Excellence (NICE) guidelines for caesarean sections 2011.

ANEXOS.

Anexo 1.

Hoja de recolección de datos.

Nombre de la paciente:

Clave:

Edad:

Gestas:

Edad gestacional:

Diagnóstico de justificación de la cesárea:

Desproporción cefalopélvica.

Dilatación al ingreso hospitalario Si No ()

Prueba de trabajo de parto Si No ()

Falla en la prueba de trabajo de parto Si No ()

Presencia de Indicación absoluta durante la prueba de trabajo de parto Si No ()

Peso fetal Si No ()

Cesárea previa.

Inicio de trabajo de parto espontáneo Si No ()

Si No ()

Dilatación al ingreso Si No ()

Si No ()

Prueba de trabajo de parto Si No ()

Si No ()

Presencia de Indicación absoluta durante la prueba de trabajo de parto. Si No ()

Si No ()

Si No ()

Capurro

Riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Maniobras de reanimación in útero Si No ()
Si No ()
Revertió alteración con maniobras de reanimación in útero Si No ()
Si No ()
RCTG clase 3 Si No ()
RCTG clase 2 mas pruebas complementarias Si No ()
Apgar Si No ()

Si. No. Cumplimiento de protocolo.

Si. No. Complicaciones Cuales: _____

Anexo 2.

Norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. En el apartado 5.5.4.

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

Anexo 3.

Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México: Instituto Mexicano de Seguro social; 2014

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/048_GPC_Cesarea/IMSS_048_08_EyR.pdf.

Anexo 4.

Secretaría de Salud. Lineamiento Técnico para la Indicación y Práctica de la Operación Cesárea. 2016

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11089/Cesarea_Segura_2014.pdf

Anexo 5.

NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. Disponible en:

<http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/normatividad/normas/DOF-30NOV12-NOM-024-SSA3-2012.pdf>