

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFECIONAL



“OPERACIÓN CESÁREA Y SUS INDICACIONES EN EL HOSPITAL DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL NO. 221 EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DE ENERO 2013 A
DICIEMBRE 2013”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTAN

CECILIA ELIZABETH ARIAS ROSANO
MIGUEL ÁNGEL SALINAS GONZÁLEZ

DIRECTORES

M.I. CATALINA MIRANDA SAUCEDO
M.E.EN C.G. MARCO ANTONIO MONDRAGÓN CHIMAL

ASESOR

M.E.G.Y.O. DRA. MARÍA RUTH DOMÍNGUEZ ESTRADA

REVISORES

M.C. ELVIA FLOILDAMA CRUZ HUERTA
E.G.O FIDEL MARTÍNEZ PINAL

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO, 2014

Agradecimientos

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar con nosotros en cada paso que damos, por fortalecer nuestro corazón e iluminar nuestra mente y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido nuestro soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Agradecer hoy y siempre a nuestros padres ya que nos brindaron el apoyo, la alegría y nos dan fortaleza, quienes han sabido formarnos con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual nos ha ayudado a salir adelante buscando siempre el mejor camino.

A nuestros directores de tesis, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que nos transmitieron en el desarrollo del proyecto

Un agradecimiento especial a la Dra. Ruth Domínguez por la colaboración, paciencia, apoyo y sobre todo por esa gran amistad que nos brindó y nos brinda, por escucharnos y aconsejarnos siempre.

Operación cesárea y sus indicaciones en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 221 en el periodo comprendido de enero 2013 a diciembre 2013.

La operación cesárea a pesar de ser una de las intervenciones más antiguas de las que se tiene conocimiento, es sin embargo, un procedimiento relativamente joven, en cuanto a su uso en la práctica médica.

Actualmente la operación cesárea en México se ha convertido en un problema de salud pública ya que su incremento acelerado ha pasado a convertirse en uno de los principales países con mayor número de operación cesárea; sobrepasando lo recomendado por la OMS y NOM 007. Es de importancia conocer las indicaciones que conllevan a la realización de la operación cesárea de manera integral.

El presente trabajo abarco un total de 332 pacientes del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 221 representado una muestra significativa al tomar en cuenta la totalidad de nacimientos obtenidos por operación cesárea en el HGYO 221; que cumplen con las características para el estudio.

Se identificaron las indicaciones de operación cesárea de acuerdo a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica y NOM. Clasificándose dentro de ellas indicaciones absolutas, relativas y otras por medio de un cuestionario diseñado y validado para identificar las indicaciones.

Mediante tablas, gráficas de barras comparativas y circulosgramas basados en estadística descriptiva se estableció la frecuencia de operación cesárea siendo del 43.5% así como encontrándose una prevalencia significativa de indicaciones de operación cesárea contempladas como "otras", concluyendo con esto que existe un mal apego en el correcto y adecuado diagnóstico para la indicación de operación cesárea.

Cesarean section despite being one of the oldest interventions that are known, however, is a relatively young process in terms of its use in medical practice.

Currently cesarean section in Mexico has become a public health problem because its rapid increase has gone on to become one of the top countries with the highest number of caesarean sections; exceeding recommended by OMS and NOM 007. It is important to know the fully diagnosis that lead to the realization of cesarean section.

This work spanned a total of 332 patients from the Mexican Institute of Social Security No. 221 represented a significant sample by taking into account all obtained by cesarean section births in HGYO 221; that fulfill the characteristics for the study.

Indications of cesarean section as established by the Clinical Practice and NOM were identified. Classifying them into absolute, relative and other indications by means of a questionnaire designed and validated to identify indications.

Using charts, comparisons and descriptive statistics based on bar tables circulogramas, frequency of cesarean section was established to be 43.5% and finding a significant prevalence of indications for cesarean section referred to as "other", concluding that there is poor adherence in the correct diagnosis and appropriate indication for cesarean section.

ÍNDICE

I.-MARCO TEORICO.....	5
I.IDEFINICIÓN Y BREVE HISTORIA.....	5
I.II INCIDENCIA DE OPERACIÓN CESAREA.....	6
I.III CLASIFICACIÓN DE LA OPERACIÓN CESÁREA.....	8
I.III LINEAMIENTOS TECNICOS PARA LA INDICACIÓN Y PRACTICA DE OPERACIÓN CESÁREA.....	9
I.IV TÉCNICA QUIRÚGICA.....	16
I.V COMPLICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA.....	17
II.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
III.-JUSTIFICACIÓN.....	25
IV.-HIPÓTESIS.....	27
V.-OBJETIVOS.....	28
V.1MÉTODO.....	29
V.2 DISEÑO DE ESTUDIO.....	29
V.3 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	30
V.4 UNIVERSO DE ESTUDIO.....	32
V.5 LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO.....	33
V.6 DISEÑO DE ANÁLISIS.....	33
VI.-IMPLICACIONES ETICAS.....	34
VII.-ORGANIZACIÓN.....	34
X.- RESULTADOS.....	35
XI.DISCUSIÓN.....	46
XIII.CONCLUSION.....	48
XIV.SUGERENCIAS.....	49
XV.BIBLIOGRAFIA.....	50
XVI.ANEXOS.....	54

1.-MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN Y BREVE HISTORIA

Cesárea: De acuerdo a la guía de práctica clínica del IMSS entendemos como cesárea procedimiento quirúrgico que tiene como fin extraer al feto vivo o muerto a través de laparotomía e incisión de pared uterina, después que el embarazo ha llegado a la viabilidad fetal ⁽¹⁾

Según la mitología clásica, tanto el nacimiento de Esculapio como el de Baco fueron por cesárea. En la mitología griega hay referencias a nacimientos de dioses o semidioses por vía abdominal, como el que se refiere a Hermes que sacó a Dionisio por mandato de Zeus del vientre de Semele, y Apolo, que abre el abdomen de Corinis, muerta por Artemis, y saca a Esculapio.

La cesárea ya era conocida en el imperio romano desde el año 715 a. C. En ese entonces, la “lex cesárea” dictada por Numa Pompilio obligaba a practicarla en las embarazadas que acababan de morir para enterrar al recién nacido separadamente, en pocas ocasiones para lograr salvar su vida.

El origen de la palabra cesárea no está claramente establecido. Algunos autores piensan que proviene del emperador Julio César por haber nacido de esta manera, aunque es más aceptada la teoría de que procede del término latín “caedere” (cortar, hacer una fisura).

En Roma se usaba la expresión “a matre caesus” (cortado de su madre) para describir la operación.

La primera de estas intervenciones documentada en la que sobrevivieron tanto la madre como el bebé fue realizada en el año 1500 en Suiza por Jacob Nufer, castrador de cerdos, que realizó dicho procedimiento en su mujer, que luego dio a luz a 5 hijos más por vía vaginal.

Entre los siglos XVII y XIX la práctica de la cesárea se realizaba sólo cuando el parto vaginal era imposible como un último intento de salvar la vida de la madre y el feto, ya que la mortalidad era muy elevada (mayor a un 80%).

En 1882, Max Sänger introdujo la sutura uterina de la histerotomía prácticamente igual a como se hace hoy en día. Latzko realizó en 1908 la primera cesárea extra peritoneal como forma de prevenir las peritonitis postoperatorias. En 1912, Kronig realizó la primera incisión segmentaria vertical

y en 1925, Kerr describió la técnica actual de histerotomía segmentaria transversal.⁽²⁾

INCIDENCIA DE OPERACIÓN CESAREA

Actualmente el número de cesáreas que se realizan en México perfila un problema de salud pública que debe analizarse a detalle, para prever su disminución.

La organización mundial de la salud (OMS) recomienda proporción de cesárea de entre 10-15%⁽³⁾, Sin embargo la Norma Oficial Mexicana menciona que en cada unidad médica, con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos, por lo que las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores⁽⁴⁾.

Cabe señalar que en el plano internacional y de acuerdo con las características socio demográficas y culturales de las mujeres se ha observado una mayor realización de esta práctica clínica en menores de 20 años y mayores de 34 años de edad, primíparas, en habitantes de áreas urbanas, con altos niveles de escolaridad y de estatus socioeconómico alto.

En México se ha confirmado una tendencia sobre el aumento de la operación cesárea a la alza del 30% en el año 2000 a 45.1% en el año 2012.

De acuerdo con datos estadísticos que refirieren las mujeres por atención de parto en la diferentes instituciones de salud se encontró en el año 2012 un porcentaje de operación cesárea en el IMSS del 43.4%, ISSTE del 68.3%, clínicas privadas de 69.6%, Secretaria de Salud con un 38.7%.⁽³⁾

En la encuesta nacional de salud y nutrición del 2012 (ENSANUT 2012) México ha pasado a ocupar el 1er lugar en cesáreas en todo el mundo, siendo el total de nacimientos por esta el 45.2% (20.5 programado y 25.7 por urgencia) en comparación con otros nacimientos por cesárea a nivel mundial como EE.U 31.1%, Brasil 44%, Italia 36%, Portugal 38.7%, China 40.5%.

En países desarrollados por cada aumento de 1% en el número de cesáreas a la vez hay un incremento de 9.5 millones de dólares.

En México uno de los principales objetivos de la norma Oficial Mexicana; es reducir el número de cesáreas que se llevan a cabo en el país, se estima que si durante los próximos 5 años se reducen 1,607,555 cesáreas se ahorraría \$12,847,718,637.57 pesos.⁽⁵⁾

Se ha visto que el aumento en la incidencia de la operación cesárea es multifactorial sin embargo encontramos que entre las principales causas encontramos:

1. Una mentalidad de obstetras que justifican la cesárea como elemento directo para reducir la morbilidad y mortalidad neonatales.
2. Las demandas medico legales; los médicos utilizan el proceder cesárea como vía alterna, para no verse cuestionados por malos resultados perinatales a corto y largo plazo.
3. El aumento de los honorarios médicos. En países donde se práctica la medicina privatizada el aumento de la cesárea ha contribuido al enriquecimiento de los médicos, lo cual puede compararse con lo que significó la industria abortista, que llegó a estar entre las primeras causas de aumento de los honorarios.
4. El retroceso cada vez más en las últimas décadas en cuanto a las habilidades manuales del obstetra para asistir a las interpretaciones adecuadas de las desviaciones del trabajo de parto y a la realización de maniobras.
5. La pérdida de la sistematicidad en el uso del método clínico y utilización excesiva de tecnología poco precisa y mal interpretada en muchos casos. ⁽⁶⁾

La Organización Mundial de la Salud ha reportado cifras del 16 al 18% en países de primer mundo, como Suecia, Francia, Noruega, etc. En el otro extremo se ha encontrado un porcentaje entre 36-42% donde encontramos a México, China, Brasil. ⁽⁷⁾

En un estudio que se realizó en el Hospital New Yale Heaven en Estados Unidos el incremento durante el año 2009 fue del 36.5% siendo las principales indicaciones: sufrimiento fetal en un 32%, distocia dinámica 18%, embarazo múltiple 16%, Macrosomía 10%, pre eclampsia 10%, cesárea iterativa 8%. ⁽⁸⁾

En el Hospital de Gineco-pediatría de Hermosillo Sonora del IMSS; se llevo a cabo un estudio durante Enero a Diciembre de 2012 encontrándose una incidencia de cesáreas del 46.2%:

- Cesárea previa 35.7%
- Cesárea Iterativa 11.6%
- Sufrimiento fetal 11.6%
- Desproporción Céfalo-pélvica 7.9%
- Pre eclampsia 7%
- Ruptura Prematura de Membranas 4.89%
- Distocia Dinámica 4.2%
- Presentación Pélvica 3.9%
- Oligohidramnios 3.9%. ⁽⁹⁾

En otro estudio realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México en periodo Enero a Diciembre de 2008; se encontró una incidencia en el número de cesáreas del 34.08% que corresponde:

- Desproporción cefalopelvica 23.1%
- Cesárea iterativa 20.75%
- Sufrimiento fetal agudo 11.6%
- Presentación pélvica 8.1%
- Parto pretérmino 1.34% ⁽¹⁰⁾

CLASIFICACIÓN DE OPERACIÓN CESÁREA

Dentro de la literatura podemos encontrar diferentes formas de clasificar una cesárea.

1.-TIPOS DE CESÁREA

1.1. Cesárea electiva: es aquella que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada.

1.2. Cesárea en curso de parto o de recurso: se indica y realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen desproporción pélvica fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. No existe riesgo inminente para la madre ni para el feto.

1.3. Cesárea urgente: es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente. ⁽¹¹⁾.

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas maternas, fetales o mixtas:

Causas maternas

- Desproporción cefalopelvica
- Estrechez pélvica
- Pelvis asimétrica o deformada
- Tumores óseos de la pelvis
- Distocia de partes blandas

- Malformaciones congénitas
- Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el trabajo de parto
- Cirugía previa de cérvix (vagina y vulva)
- Distocia de la contracción
- Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normo inserta).

Causas fetales

- Macrosomía fetal que condicione desproporción cefalopelvica
- Alteraciones de la situación, presentación, actitud fetal
- Prolapso del cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Trabajo de parto prolongado
- Cesárea pos mortem

Causas mixtas

- Síndrome de desproporción cefalopelvica
- Preeclampsia-eclampsia
- Embarazo múltiple
- Infección amniótica
- Iso inmunización materno fetal

Lineamiento técnico para la indicación y práctica de la operación cesárea

Indicaciones absolutas de la operación cesárea:

- Cesárea iterativa
- Presentación pélvica
- Sufrimiento fetal
- Retraso en el crecimiento intrauterino
- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
- 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
- Embarazo pre término
- Condilomas vulvares grandes
- **Cesárea iterativa:** Procedimiento quirúrgico que se realiza en mujeres con antecedentes de 1 o más cesáreas previas. ⁽¹⁾ En un estudio se encontró que su incidencia es de 45%.⁽¹²⁾
- **Presentación pélvica:** La presentación de nalgas es aquella en que la pelvis de un feto en situación longitudinal está en contacto con el estrecho superior de la pelvis materna. Su incidencia global es del 3 al 4%. A si mismo se clasifica:
 - ***Presentación de nalgas puras:** los miembros inferiores están extendidos en flexión ventral de tal forma que los pies se encuentran a la altura de los hombros, esta variedad es la más frecuente en 65-70%
 - ***Presentación de nalgas completas:** el feto está sentado con las articulaciones de las caderas y rodillas flexionadas. Su frecuencia es aproximadamente del 5%.
 - ***Presentación de nalgas incompletas:** presentación de nalgas con uno o ambos pies en el canal vaginal. Su frecuencia es del 25 al 30%.⁽¹³⁾
- **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. Se manifiesta clínicamente por las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal y la expulsión de meconio, y la evolución del cuadro clínico depende de su duración, la gravedad de la anoxia y la capacidad de los mecanismos compensatorios fetales.⁽¹⁴⁾ Su prevalencia es del 21% con respecto a las demás indicaciones.⁽¹⁵⁾
- **Retraso en el crecimiento intrauterino:** incapacidad del feto para alcanzar su potencial genético de crecimiento. Estadísticamente se estima cuando el peso y/o circunferencia abdominal es inferior al percentil 10 de los rangos de referencia en percentiles correspondientes para su edad

gestacional, en aquellos que crecieron en un percentil normal y caen 2 desviaciones estándar respecto a su tendencia de crecimiento previo. Este permanece como uno de los mayores problemas en obstetricia afectando el 15% de los embarazos. En Países desarrollados la prevalencia es del 6.9, % 23.8 en vías de desarrollo.⁽¹⁶⁾

- **Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta:** separación prematura de la placenta “antes del nacimiento” implantada normalmente. Este desprendimiento puede ser central o lateral; por lo que puede llegar a dar sangrado transvaginal o no presentarse. El desprendimiento puede ser total acompañándose de muerte fetal o parcial que se acompaña de desprendimiento de una parte de la placenta. Su prevalencia está presente en un 18%.
- **Placenta previa:** implantación de la placenta en el segmento inferior del útero. Esta se clasifica de acuerdo a su relación con el orificio cervical interno.

***Placenta previa central total:** es aquella que cubre en su totalidad el orificio central interno.

***Placenta previa marginal:** es aquella cuyo borde está a 2 cm o menos del orificio cervical. La placenta previa equivale al 2.5%.⁽¹⁷⁾

***Placenta de inserción baja:** implantación de la placenta en el segmento inferior del útero el cual se encuentra de 2 a 6cm del segmento inferior. Riesgo en una paciente sin operación cesárea es del .26% en cesárea del 65%, 2 cesáreas 1.8% y en 3 cesáreas del 3%y cuando hay más de 4 cesáreas es del 10%.⁽¹⁸⁾

- **Incisión uterina corporal previa:** mujer con procedimiento quirúrgico previo de operación cesárea por Incisión uterina corporal.⁽¹⁹⁾
- **Presentación de cara:** Variedad de presentación donde debemos tomar como punto de referencia el mentón. Ya que al realizar las maniobras de Leopold evaluamos el dorso fetal y encontrando una depresión profunda que se forma entre la cabeza en máximo grado de deflexión y la columna vertebral fetal. Al tacto identificamos mentón y el resto de las partes de la cara fetal. Es importante identificar la boca y la nariz, para diferenciar de la presentación podálica, con la que se puede confundir.⁽²⁰⁾

- **Prolapso de cordón umbilical** es una condición durante las últimas etapas de embarazo en las que el cordón umbilical desciende dentro de la vagina prematuramente; con más frecuencia después que las membranas se han roto y el bebé se mueve dentro del canal de parto para el alumbramiento. El prolapso de cordón umbilical es relativamente común, ocurre en 1 de cada 300 nacimientos. ⁽²¹⁾
- **Hidrocefalia:** es una enfermedad que se caracteriza por incremento en el contenido de líquido cefalorraquídeo cefálico, causado por la dificultad para la circulación, incremento de la producción y absorción del mismo. ⁽²²⁾ La prevalencia estimada varía entre 0,5 a 1,8 por 1.000 nacidos vivos. ⁽²³⁾
- **Gemelos unidos:** complicación del embarazo gemelar que ocurre cuando hay sólo un óvulo fecundado, en el cual la separación celular ocurre tardíamente. Los gemelos unidos, llamados también siameses se presentan en 1 de cada 50,000 nacimientos. ⁽²⁴⁾
- **Infecciones maternas de transmisión vertical:** son todas aquellas enfermedades que transmite la madre al feto/recién nacido, durante los procesos inherentes a la maternidad (embarazo, parto y lactancia). ⁽²⁵⁾ Se estima que en el mundo se producen más de 300 millones de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) en adultos entre los 15-49 años. Sin embargo, la población portadora asintomática es probablemente mucho mayor. La relevancia obstétrica de la ITS radica en que durante el embarazo estas infecciones tienen complicaciones directas en el feto. ⁽²⁶⁾
- **Embarazo pretérmino:** (<1500 gr de peso fetal): Se denomina pre término al producto de la gestación que nace antes de las 37 semanas de gestación o 259 días a partir del primer día del último período menstrual. El parto pre término origina complicaciones en 500,000 nacimientos, aproximadamente, cada año en Estados Unidos, con una tasa de 12.5%. El nacimiento pre término se debe a contracciones uterinas regulares acompañadas de cambios cervicales antes de las 37 semanas de gestación. ⁽²⁷⁾
- **Condilomas vulvares grandes:** Infección genital por el virus del papiloma humano. Aproximadamente el 50% de los condilomas asociados al embarazo regresan espontáneamente en los tres primeros meses tras el parto. Se recomienda la realización de cesárea, cuando el canal del parto es obstruido por las lesiones o si se prevé un sangrado de dichas lesiones durante el parto, dado su tamaño. ⁽²⁸⁾

Indicaciones relativas de operación cesárea:

- Desproporción céfalo pélvica
 - Pre eclampsia –eclampsia
 - Ruptura prematura de membranas
 - Embarazo pos término
 - Embarazo múltiple
 - Distocia dinámica
 - Iso inmunización materno fetal
 - Diabetes gestacional
 - Antecedentes de deciduomiometritis
 - Antecedente de metroplastía
 - Antecedente de miomectomía
 - Miomatosis uterina
 - Compromiso de histerorrafía
 - Oligohidramnios
 - Cirugía vaginal previa
 - Primigesta añosa
 - Cesárea electiva
-
- **Desproporción cefalopelvica.:** Condición donde la cabeza fetal es demasiado grande para pasar por la pelvis materna, siendo esta condición más común en mujeres primigestas. la incidencia por operación cesárea llega hasta 8.1%.⁽²⁹⁾
 - **Pre eclampsia /eclampsia:** La preeclampsia se divide como leve y severa.

***La pre eclampsia leve:** se define como presión arterial 140/190 mm/Hg con elevación 30mmHg en sistólica y 15mmHg en diastólica cuando se conocen cifras tensionales basales previas, se presenta después de la semana 20 hasta 30 días posparto, existe proteinuria de mas 300mg en 24 hrs, ausencia de síntoma vaso espasmo.

***Preeclampsia severa:** se define como presión arterial 160/100 mm/Hg o más, después de la semana 20 de gestación hasta 30 días posparto, existe proteinuria mayor 5gr en 24hrs, presencia de acufenos, cefalea, fosfenos, edema generalizado.

***Eclampsia:** se define como presencia de convulsiones en paciente previamente diagnosticados con pre eclampsia después de la semana 20 de gestación o durante el puerperio en ausencia de otras causas de convulsiones. La incidencia de preeclampsia- eclampsia se encuentra del 12 a 22%.⁽³⁰⁾

- **Ruptura Prematura de Membranas:** Ruptura o solución de continuidad de las membranas corioamnióticas antes del inicio de trabajo de parto a partir de la semana 22 de gestación, caracterizándose por salida de líquido claro por vagina de forma abundante y súbita. Su incidencia es variable del 15% a 22%.⁽³¹⁾
- **Embarazo Pos término:** embarazo que supera las 42 semanas de gestación. Este se presenta en un 7%.⁽³²⁾
- **Embarazo múltiple:** Se define como la presencia de dos o más fetos dentro del útero, se catalogan dependiendo de su cigocidad, corionicidad y amniocidad. Su incidencia llega a ser de hasta 3% de nacidos vivos.⁽³³⁾
- **Distocia Dinámica:** son aquellas producidas por una actividad uterina defectuosa, ineficaz o inapropiada para conseguir la dilatación cervical y o de descenso del feto.⁽³⁴⁾
- **Iso inmunización materno fetal:** consiste en la producción materna de anticuerpos hacia un antígeno de membrana de los eritrocitos fetales como respuesta a sensibilidad previa. Los eritrocitos son destruidos por el sistema retículo endotelial fetal. Condicionando una anemia fetal o neonatal secundaria a hemólisis de origen inmunológico. Conocida como enfermedad hemolítica perinatal o eritroblastosis fetal. Su incidencia varía del 15% mujeres blancas, 5 a 8% afroamericanas, 1 a 2% asiáticas y nativas americanas.⁽³⁵⁾
- **Diabetes gestacional:** Padecimiento caracterizado por la intolerancia a los carbohidratos que se reconoce por primera vez durante el embarazo. Su incidencia en nuestro medio es del 3 al 9.6%.⁽³⁶⁾
- **Antecedente de Deciduomiotritis:** Infección causada por invasión directa de microorganismos patógenos hacia endometrio y miometrio.⁽³⁷⁾ Considerada como una de las principales causas de infección puerperal,

con porcentajes de presentación del 5% de todas las resoluciones obstétricas en el mundo.⁽³⁸⁾

- **Antecedente de Metroplastía:** Tener el antecedente de procedimiento quirúrgico para la corrección de malformaciones uterinas, siendo estas poco frecuente, siendo su incidencia entre el 1 a 2%.⁽³⁹⁾
- **Antecedente de miomectomía:** haberse realizado un procedimiento quirúrgico para la extracción de miomas uterinos.
- **Miomatosis Uterina:** Tumores benignos del músculo liso del útero, siendo su tamaño variable desde milímetros hasta grandes tumores que ocupan toda la cavidad abdominal. Dependientes de estrógenos y progesterona para su crecimiento, poco común antes de la menarca y generalmente con regresión en la menopausia. Su incidencia. Presenta una prevalencia del 5 a 21% en todo el mundo. Siendo en raza afroamericana del 60%, y en caucásicos del 40%.⁽⁴⁰⁾
- **Compromiso de histerorrafia:** Es aquella operación que se practica con el fin de suturar una herida uterina. Entre sus complicaciones encontramos perforación, ruptura o dehiscencia de cicatriz anterior. Existe un rango por ruptura uterina del 1.3% al 8.6%.⁽⁴¹⁾
- **Oligohidramnios:** se ha definido en forma clásica como un valor del ILA (El índice de líquido amniótico) menor de 5 cm (definición estándar) , y menor de 8cm definición alternativa.⁽⁴²⁾ Oligohidramnios como condición que complica el embarazo se observa en el 3 al 5 % del total de los embarazos.⁽⁴³⁾
- **Cirugía vaginal previa:** Antecedente de procedimientos quirúrgicos que se realizaron a cabo en la vía vaginal y contraindiquen la operación cesárea.
- **Primigesta añosa:** Toda mujer que está embarazada por primera vez de 35 años o más. ⁽⁴⁴⁾
- **Cesárea electiva:** Es aquella que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada. ⁽¹¹⁾

TÉCNICA QUIRÚRGICA

- Preparación de la paciente
- **Incisión de la pared abdominal**

El tipo de incisión cutánea depende de las circunstancias clínicas.

***Media infra umbilical:** Incisión con bisturí que comprende piel y tejido adiposo hasta la fascia. El límite superior se sitúa a dos traveses de dedo por debajo del ombligo y el límite inferior a dos traveses de dedo sobre la sínfisis púbica.

***Incisiones transversales:** siguen las líneas naturales de tensión de la piel (líneas de Langer) y se cree que brindan un mejor efecto estético por la menor tensión en los bordes cutáneos, proporcionan un mejor cierre de la pared abdominal, menor tasa de dolor postoperatorio.

***Incisión de Pfannenstiel:** se ubica dos dedos por encima de la sínfisis pubiana. Aquí la piel se puede abrir mediante una incisión transversa baja de unos 15cm que se curva suavemente hacia arriba, colocada en un pliegue natural de la piel (la incisión en "sonrisa").

- **Extracción fetal**

Una vez extraído el feto, debe colocarse con la cabeza en posición declive, sin estimularle para evitar apneas. El cordón debe pinzarse y seccionarse. El recién nacido será trasladado a la cuna térmica.

A diferencia del parto vaginal, la indicación de la administración de uterotónicos debe hacerse tras la salida de los hombros del feto. Se puede utilizar oxitocina 10UI en 500ml de suero fisiológico (125ml/h) o bien carbetocina 100mcg, administrada en una sola inyección intravenosa si es posible antes del alumbramiento placentario para disminuir el riesgo de hemorragia por atonía uterina.

- **Alumbramiento**

La extracción espontánea de la placenta es preferible a la extracción manual, ya que produce menor pérdida sanguínea y menor tasa de endometritis postparto. Una vez extraída la placenta se deben identificar los ángulos y bordes de la histerotomía para cogerlos con pinzas de anillos.

- **Revisión y limpieza de la cavidad uterina**
- **Reparación de la histerotomía**
- **Cierre de la pared abdominal** ⁽⁴⁵⁾

COMPLICACIONES:

Durante muchos siglos la operación cesárea ha conllevado a una alta mortalidad materna y fetal. Durante el transcurso del tiempo la anestesia, los cuidados de asepsia y antisepsia durante el acto quirúrgico, utilización de los antibióticos, la morbimortalidad materno fetal ha disminuido. Sin embargo hay que tener en cuenta las posibles complicaciones que se nos pueden presentar durante el acto obstétrico.

- **Clasificación:**

1.-COMPLICACIONES ANESTÉSICAS:

- Hipotensión
- Cefalea pos punción dural
- Otras menos frecuentes (Bloqueo dural completo, paro cardiorrespiratorio, Síndrome de Mendelson, etc.)

2.-COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS:

- Desgarro de la histerotomía
- Lesiones vasculares
- Lesiones en el tracto urinario
- Lesión del intestino
- Lesiones nerviosas

3. COMPLICACIONES INFECCIOSAS:

- Endometritis
- Infección del tracto urinario
- Infección de la herida quirúrgica
- Tromboflebitis séptica pélvica
- Otras menos frecuentes (bacteriemia, sepsis, absceso pélvico, peritonitis, fascitis necrotizante, etc.)

4.-COMPLICACIONES HEMORRAGICAS POSTPARTO

5.-COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS:

- Trombosis venosa profunda
- Trombo embolismo pulmonar

1. COMPLICACIONES ANESTÉSICAS:

Dependen de los procedimientos anestésicos. Las complicaciones relacionadas con la anestesia han disminuido por la tendencia reciente al mayor uso de analgesia regional que de anestesia general.

En la actualidad, la principal técnica para el alivio del dolor en el trabajo de parto, la más eficaz e inocua, es la anestesia epidural, existiendo con ella complicaciones maternas y fetales mínimas; no obstante pueden aparecer hipotensión, cefalea postpunción dural, bloqueo incompleto, inyección intravascular, hematoma y absceso epidural, meningitis química, anestesia espinal total, complicaciones neurológicas, pirexia materna.

Cuando se emplea la analgesia subdural o bloqueo raquídeo los efectos secundarios son más frecuentes, entre ellos aumenta la incidencia de hipotensión, de cefaleas postpunción.

Menos frecuentes son cuadros graves como el síndrome de aspiración pulmonar del contenido gástrico (Síndrome de Mendelson).

***Hipotensión**

Es una complicación frecuente de la anestesia epidural y del bloqueo raquídeo, debida a la vasodilatación producida por el bloqueo simpático y a la obstrucción del retorno venoso por compresión de la vena cava y grandes venas adyacentes

***Cefalea tras punción dural**

Es una complicación que ocurre al puncionar la duramadre en el curso de una anestesia intradural o epidural. La pérdida de líquido cefalorraquídeo produce vasodilatación intracerebral, que a su vez produce cefalea

A veces se acompaña de síntomas audiovisuales y vegetativos.

2. COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS:

El riesgo de que se produzcan este tipo de complicaciones oscila entre un 1 y un 2 %. Son más frecuentes en las cesáreas urgentes, y el riesgo aumenta con la presencia de 1 o más cesáreas previas.

2a. Complicaciones hemorrágicas intraoperatorias

Se deben a procedimientos quirúrgicos (desgarro de la histerotomía, lesión vascular).

2b. Lesiones de tracto urinario

La lesión vesical (0'3%) es más frecuente en cesáreas repetidas y durante una cesárea-histerectomía.

Las lesiones ureterales son menos frecuentes (0'09%) y se suelen producir al reparar la prolongación de la histerotomía.

2c. Lesiones intestinales

Se suelen asociar a la existencia de laparotomía previa. Las lesiones a nivel del intestino delgado son fáciles de reparar; más complicada es la reparación a nivel del colon.

2d. Lesiones nerviosas

Las lesiones de nervios o compresión de los mismos por el instrumental son poco frecuentes durante la cesárea.

3. COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS POSTPARTO:

Además de los factores de riesgo y las causas que contribuyen a la hemorragia postparto (HPP), la cesárea en sí supone una mayor pérdida hemática que un parto vía vaginal.

La definición de HPP no está consensuada. Aunque parece que se suele definir como aquel sangrado vaginal mayor de 500cc tras un parto vía vaginal o mayor de 1000cc tras una cesárea o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica en la parturienta.

La HPP complica el 5-15% de todos los partos y es la causa aislada más importante de mortalidad materna. Por su tiempo de aparición distinguimos entre:

- HPP precoz: (Suponen la mitad de los casos de HPP) Acontece en las primeras 24 horas postparto. Son las más agudas y graves y las que citaremos.
- HPP tardía: Acontece después de las primeras 24 horas postparto.

*Factores de riesgo:

Se encuentran en 1/3 de las HPP por lo que es importante identificarlos y tenerlos en cuenta en el manejo del parto. Responden a la regla nemotécnica de "las 4 Ts":

- I. TONO. La atonía uterina aparece ante:

- Útero sobredistendido (polihidramnios, gestación múltiple, macrosomía).
- Cansancio del músculo uterino (parto rápido o prolongado, alta paridad).
- Infección intraamniótica (rotura prematura de membranas prolongada).
- Alteración anatómica o funcional del útero (miomas, placenta previa).

II. TEJIDO

- Retención de restos placentarios.
- Retención de coágulos (útero atónico)

III. TRAUMA.

- Desgarro en canal blando del parto (parto precipitado, parto operatorio).
- Desgarro en cesárea (malposición fetal, gran encajamiento).
- Rotura uterina (cirugía previa).
- Inversión uterina (gran paridad, placenta fúndica)

IV. TROMBINA. Alteraciones de la coagulación:

- Previas a la gestación: Hemofilia A, enfermedad de Von Willebrand
- Adquiridas durante la gestación: plaquetopenia, púrpura trombocitopénica idiopática, coagulación intravascular diseminada (la favorecen la preeclampsia, la muerte intraútero, infecciones severas, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, la embolia de líquido amniótico).
- Anticoagulación terapéutica.

La atonía uterina es la causa más frecuente de HPP, está implicada en más de la mitad de los casos y es responsable del 4% de las muertes maternas.

La placenta adherente (acretismo placentario) es poco frecuente pero su incidencia aumenta en las mujeres con placenta previa y útero con una o más cicatrices. Supone la causa más frecuente de histerectomía por HPP.

4.- COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS DURANTE EL EMBARAZOPUERPERIO:

La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) incluye la trombosis venosaprofunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP). Son poco frecuentes, entorno al 0'52%, pero continúan siendo desde hace años la causa directa más frecuente de mortalidad materna en muchos países, debido probablemente a fallos en la identificación de los factores de riesgo trombótico,

en establecer una profilaxis adecuada y un tratamiento correcto ante la sospecha clínica de ETE.

* Formas clínicas:

- **Trombosis venosa profunda (TVP)**

- ✓ Es la complicación tromboembólica más frecuente.
- ✓ En la forma clínica típica las pacientes presentan en la extremidad afectada dolor, sensibilidad, edema, cordón venoso palpable, cambios en la coloración y en el diámetro, signo de Homans (dolor en la pantorrilla con la dorsiflexión plantar pasiva del pie). Puede haber febrícula y leucocitosis.

- **Tromboembolismo pulmonar (TEP)**

- ✓ El signo más común es la taquicardia y los síntomas más comunes son la disnea y la ansiedad. Otra sintomatología incluye: taquipnea, dolor pleurítico, fiebre, roce pleural, sudoración, cianosis, hemoptisis.⁽⁴⁶⁾

5.- COMPLICACIONES INFECCIOSAS:

Son las más frecuentes (90% de todas las complicaciones asociadas a las cesáreas), y la principal causa de morbilidad materna asociada a una cesárea.

Entre ellas la más frecuente es la endometritis, seguida de las infecciones urinarias y la infección de la herida quirúrgica.

Otras más graves pero afortunadamente menos frecuentes son bacteriemias, sepsis, peritonitis, abscesos pélvicos, fascitis necrotizante, tromboflebitis séptica, peritonitis por vermiforme.

La fuente principal de microorganismos que ocasionan las infecciones postcesárea es el tracto genital, sobre todo si no hay integridad de membranas.

Suelen ser infecciones polimicrobianas y los microorganismos más frecuentemente aislados son E.Coli, Estreptococo del grupo B, Enterococo Faecalis, Estafilococo Aureus (relacionado con la infección de la herida quirúrgica), Gardnerella vaginalis, Micoplasmas, anaerobios.

5a. Endometritis

Complicación infecciosa más frecuente tras la cesárea. Su frecuencia oscila entre un 15 y un 20% si no se usa profilaxis antibiótica; en presencia de ésta la frecuencia se reduce a un 5%. Su incidencia es mayor tras la cesárea.

*Etiología:

La infección del endometrio tiene un origen polimicrobiano procedente de vagina o cérvix. Los agentes más frecuentemente aislados son: Estreptococo del grupo B, Estreptococos anaerobios, Escherichia Coli y especies de Bacteroides.

5b. Tromboflebitis pélvica séptica

Es una complicación puerperal rara pero grave, apareciendo más frecuentemente tras una endometritis postcesárea (1-2%)

*Etiología:

- Estado trombogénico del embarazo.
- Microorganismos que encontramos en las endometritis.

5c. Infecciones del tracto urinario

- Frecuencia de 2-16%.

*Factores de riesgo:

- Se relaciona con la cateterización uretral y el sondaje vesical continuo durante la cesárea y las primeras horas del postoperatorio.
- También guarda relación con los cambios fisiológicos que se producen durante la gestación (hidronefrosis fisiológica con aumento de orina en la pelvis renal) que normalmente desaparecen a las 2 semanas del parto.

Existencia de bacteriuria asintomática durante el embarazo, partos operatorios, anestesia epidural.

5d. Infección de la herida quirúrgica

Tiene una frecuencia del 6% de todos los partos acabados por cesárea. La frecuencia se reduce a un 2 % si aplicamos profilaxis antibiótica perioperatoria.

*Etiología:

La infección de la pared abdominal tiene su origen en la contaminación de la flora cutánea o en la diseminación de gérmenes contenidos en la cavidad amniótica en el momento de la cesárea.

Los microorganismos más frecuentemente aislados son Estafilococo Aureus y Estreptococo de grupo A; menos frecuentes son los bacilos anaerobios que

pueden causar celulitis de pared (la mionecrosis por Clostridium es una grave complicación que compromete la vida de la paciente por hemólisis, fallo renal y paro cardíaco).

MORTALIDAD MATERNA POSTCESÁREA

En ocasiones es difícil evaluar si la muerte materna tras la cesárea se debe a la intervención o a la causa que motivó la misma, sobre todo si la causa fue una enfermedad materna que impedía el parto vía vaginal (DM complicada, Preeclampsia, alteración cardíaca o renal)

Actualmente, gracias a los progresos en las técnicas anestésicas, a la disponibilidad de una profilaxis antibiótica eficaz y a las técnicas para reposición de volemia, las complicaciones que conllevaban con mayor frecuencia a la mortalidad materna (complicaciones anestésicas, infecciones y hemorragias) son mucho menos frecuentes.

Sí es cierto que la mortalidad materna es mayor en el parto por cesárea que en el parto vía vaginal, incluso de 5 a 7 veces superior. ⁽⁴⁷⁾

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La cesárea nace como un recurso médico quirúrgico para la resolución de embarazos, que requieren intervención inmediata por el riesgo para el binomio madre- hijo, sin embargo se ha hecho un uso indiscriminado de este procedimiento, registrándose aumentos significativos en el número de cesáreas que se practican tanto a nivel internacional como nacional. Tanto en el sector público como en el privado, se reporta que en los últimos años, se ha incrementado el número de nacimientos por cesárea.

Este incremento tan marcado, representa un impacto relevante en diferentes ámbitos. A nivel personal la importancia que adquiere sobre la vida del paciente y la de su familia es considerable sobre todo porque la cesárea es una cirugía mayor la cual requiere de cuidados especiales, mayor tiempo de recuperación e implica riesgos de complicaciones; pero sobre todo marca un suceso muy importante en la vida del paciente y su historial obstétrico .

En el ámbito médico, la operación cesárea con la correcta y oportuna indicación ya sea materna, fetal, mixta, relativa o absoluta; representa el mejor recurso para mejorar el pronóstico del binomio e incluso presérvale la vida, sobre todo si se hace un adecuado balance entre los riesgos y los beneficios.

A nivel institucional una cesárea por si misma representa un incremento en la utilización de los recursos humanos, materiales y financieros, por consecuencia se elevan los de la atención médica. Como se mencionó anteriormente, la realización de la cesárea conlleva riesgos de complicaciones las cuales si llegan a presentar requieren ser oportunamente atendidas, para lo cual las instituciones deben contar con los recursos necesarios para darles solución.

A pesar de la relevancia del marcado incremento de la práctica de la operación cesárea tanto a nivel nacional como en el Estado de México y particularmente en el IMSS HGO 221 se incrementó una práctica excesiva de esta, por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las indicaciones de la operación cesárea en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 221 en el periodo comprendido de enero 2013 a diciembre 2013?

III. JUSTIFICACIÓN

- Académica:

La Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, interesada siempre en las condiciones de salud de la población, pretende obtener con este trabajo de investigación, información sustentada en un diseño metodológico que proporcionará conocimiento sobre las indicaciones de operación cesárea y su relación con el número de incidencias que la misma presenta en el Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 221.

- Educativa:

Es responsabilidad del médico adentrarse en la investigación en temas de salud debido a que en su formación aprende la ciencia de la medicina con la adquisición de conocimientos y aplicación en la clínica, por lo cual utilizara el método científico durante toda su vida.

Al interrogar a un paciente por su padecimiento se generan impresiones diagnósticas, hipótesis, descartar diagnósticos y así obtener un diagnóstico certero.

El realizar una tesis de licenciatura plantea la oportunidad de aportar un tema importante para la formación de recursos humanos en salud, y requisito fundamental para lograr la titulación a médicos generales.

- Social:

Es importante estudiar la elevada frecuencia de realización de operación cesárea en nuestra sociedad, ya que se ha visto un aumento en la frecuencia por parte de las pacientes en relación a que hay “menor riesgo”, menor dolor, menor tiempo de espera y el poder elegir el día del nacimiento del producto de la concepción, así como en el ámbito profesional referente a problemas médico-legales, aumentó en honorarios médicos, falta de habilidades manuales.

- Epidemiológica:

Se ha observado un incremento en el número de operación cesárea en todo el mundo. En México corresponde a un porcentaje mayor del 45.1% contrario de lo que nos dice la Norma Oficial Mexicana 07 el cual menciona que la realización de la operación cesárea debe ser menor del 15- 20 %. En el hospital del IMSS De HGO 221 se ha encontrado una incidencia del 43% en el periodo comprendido Enero 2013 a Diciembre 2013, por lo que su porcentaje se

encuentra por encima de los parámetros establecidos en la NOM 07, así como la OMS del 10-15%.

- Económica:

Siendo la operación cesárea una técnica quirúrgica de gran demanda en el HGO No. 221, es de importancia conocer que un día de estancia intrahospitalaria por la misma equivale a \$5684.00 pesos, lo cual conlleva a un gasto importante ya sea por la estancia hospitalaria o por las complicaciones afectando en la atención médica y hospitalaria.

El nivel socioeconómico, educativo y familiar incidiendo directamente en la realización de la operación cesárea tanto por parte del paciente así como del médico tratante.

IV.- HIPÓTESIS

Por tratarse de un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo no se requiere de la formulación de hipótesis.

V.- OBJETIVO

Objetivo general: Determinar las indicaciones de operación cesárea en el Hospital de Ginecología Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social No 221.

Objetivos específicos: Identificar cual es el % de la indicación:

- Cesárea iterativa
- Presentación pélvica
- Sufrimiento fetal
- Retraso en el crecimiento intrauterino
- Desprendimiento prematura placenta normo inserta
- Placenta previa
- Placenta de inserción baja
- Incisión uterina corporal previa
- Presentación cara
- Prolapso de cordón umbilical
- Hidrocefalia
- Gemelos unidos
- Infecciones maternas de transmisión vertical
- Embarazo pretérmino
- Condilomas vulvares grandes
- Desproporción céfalo - pélvica
- Preeclampsia- eclampsia
- Ruptura prematura membranas
- Embarazo pos termino
- Embarazo múltiple
- Distocia dinámica
- Izo inmunización materno fetal
- Diabetes gestacional
- Antecedentes de deciduomiometritis
- Antecedentes de metroplastía
- Antecedente de miomectomía
- Miomatosis uterina
- Compromiso de histerorrafía
- Oligohidramnios
- Cirugía vaginal previa
- Primigesta añosa
- Cesárea electiva

Verificar si hay un seguimiento con la NOM 007 con el número de realización de operación cesárea.

Comprobar si hay un seguimiento con respecto a la guía de práctica clínica del gobierno federal en relación con la clasificación de indicaciones de operación cesárea tanto absoluta como relativa.

V.- MÉTODO

- Tipo de estudio:

Se trata de un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo de enero 2013 a diciembre 2013.

V.2 DISEÑO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en Hospital de Ginecología y Obstétrica No. 221 del IMSS ubicado en la calle Josefa Ortiz de Domínguez sin número, en la ciudad de Toluca municipio del Estado de México, consistió en la visita y revisión del : Departamento del Sistema de Información Medico Operativo (SIMO), el cual es el organismo de la institución encargada de la estadística de la misma en donde por medio de la hoja de recopilación de datos (anexo 1) se obtuvo la incidencia así como la muestra de nuestro estudio, concluyendo esto pasamos a la revisión de expedientes clínicos en la cual se utilizó la hoja de recopilación de datos (anexo 2) para obtener la información que se necesito para la investigación en la hoja de Autorización ,Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica 43059/72.

Una vez recolectados la totalidad de datos, se procedió a ser analizados con estadística descriptiva (medidas de tendencia central y porcentajes), y así poder realizar las gráficas de barra y de pastel presentando los resultados por medio del programa estadístico IBM SPSS versión 22.

V.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Edad gestacional	Tiempo medido desde el primer día de la última regla hasta la expulsión del producto	Semanas de gestación al momento del estudio	Cuantitativa Ordinaria	1er trimestre *Semana 1-13 2do trimestre *Semana 14-27 3er trimestre *Semana 28-30 *Semana 31-33 *Semana 34-36 *Semana 37-39 *Semana 40 o mayor
Edad materna	Edad reproductiva de los 15 a los 44 años	Números de años del paciente al momento del estudio	Cuantitativa	*15 a 20 años *21 a 30 años *31 a 40 años *41 a 44 años
Operación cesárea	Cesárea procedimiento quirúrgico que tiene como fin extraer al feto vivo o muerto a través de laparotomía o incisión de pared uterina, después que el embarazo ha llegado a la viabilidad fetal.	1.Electiva 2.Recurso 3-Urgente	Cualitativa	*Realizada
Indicación Operación cesárea	Motivo valido por el cual se lleva a cabo la operación cesárea	1.Absolutas a) Cesárea iterativa b) Presentación pélvica c) Sufrimiento fetal d) Retraso en el crecimiento intrauterino e) Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta f) Placenta previa g) Placenta de inserción	Cualitativa cuantitativa	Presente Ausente

		<p>baja</p> <p>h) Incisión uterina corporal previa</p> <p>i) Presentación de cara</p> <p>j) Prolapso del cordón umbilical</p> <p>k) Hidrocefalia</p> <p>l) Gemelos unidos</p> <p>m) Infecciones maternas de transmisión vertical</p> <p>n) Embarazo pre término</p> <p>ñ) Condilomas vulvares grandes</p> <p>2.Relativas</p> <p>a) Desproporción céfalo pélvica</p> <p>b)Preeclampsia-eclampsia</p> <p>c)Ruptura prematura de membranas</p> <p>d)Embarazo pos término</p> <p>e)Embarazo múltiple</p> <p>f)Distocia dinámica</p> <p>g)Iso inmunización materno fetal</p> <p>h)Diabetes gestacional</p> <p>i)Antecedentes de decíduomimetritis</p> <p>j)Antecedente de metroplastía</p> <p>k)Antecedente de miomectomía</p> <p>l)Miomatosis uterina</p> <p>m)Compromiso de histerorráfia</p> <p>n)Oligohidramnios</p> <p>ñ)Cirugía vaginal previa</p> <p>o)Primigesta añosa</p> <p>p)Cesárea electiva</p>		
--	--	--	--	--

V.4 UNIVERSO DE TRABAJO

El universo de trabajo de este estudio estuvo integrado por pacientes a las cuales se les realizó la operación cesárea en el IMSS HGO 221.

El tamaño de muestra se obtuvo por medio de un programa estadístico el cual se obtuvo de la página:

<http://www.med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm>

Con un tamaño de población de 3002 pacientes teniendo como resultado el estudio de 341 expedientes de pacientes derechohabientes.

- Lugar donde se desarrollará: IMSS HGO 221

Procedimiento: se realizó por medio de revisión de expedientes proporcionados por el archivo del IMSS HGO 221.

Tipos de variables: dependiente e independiente

- Variable dependiente: operación Cesárea.
- Variable independiente: indicaciones.

Criterios de inclusión:

Expedientes de las pacientes a las que se les haya realizado la operación cesárea en el periodo comprendido de Enero 2013 a Diciembre 2013.

- Expedientes en los cuales se mencione la indicación para la realización de la operación cesárea
- Expedientes que contengan la información que necesitamos para la realización del estudio.

Criterios de exclusión:

- Expedientes incompletos o que carezcan de confiabilidad.
- Expedientes no encontrados o proporcionados por el archivo del hospital.

Criterios de eliminación:

Datos incompletos o incongruentes.

VI.5 LIMITE DE TIEMPO Y ESPACIO

Se revisaron expedientes del período comprendido Enero 2013 a Diciembre de 2013, del Archivo Clínico del Hospital de Ginecología Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 221 “Dr. Emilio Chuayffet Chuayffet.

VI.6.DISEÑO DE ANÁLISIS

- Clasificación y tabulación de los datos en Excel
- Aplicación de estadística descriptiva (media, mediana y moda)

VII.- IMPLICACIONES ETICAS

Se trata de un proyecto que observa los principios de autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia, los resultados obtenidos serán tratados con estricta confidencialidad y no se revelarán datos que permitan identificar a algún paciente. Teniendo como principios éticos la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Ya que el principal propósito de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos).

VIII.- ORGANIZACIÓN

Se trabajó con el departamento de enseñanza del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 221, así como con la supervisión de la Dra. María Ruth Domínguez Estrada.

El diseño de estudio, recolección, análisis, redacción y presentación de datos son producto del trabajo de:

Tesistas:

- Cecilia Elisabeth Arias Rosano
- Miguel Ángel Salinas González

Directores de protocolo de investigación:

- M .I. Catalina Miranda Saucedo
- E.EN C.G. Marco Antonio Mondragón Chimal

Asesor:

- Dra. María Ruth Domínguez Estrada

X.- RESULTADOS

En el presente estudio se incluyeron un total de 341 expedientes que constituyen la muestra del período comprendido de enero a diciembre 2013, excluyendo 9 expedientes ya que no se localizaron en el archivo clínico del hospital en estudio, por lo que constituyo una muestra para nuestra investigación de 332 expedientes como se observa en la tabla No. 1.

Tabla 1: Expedientes del H.G.Y.O. (IMSS) en el periodo comprendido de enero 2013 a diciembre 2013.

Criterio	Expedientes	Porcentaje
Total	341	100%
Incluidos	332	97.3%
Excluidos	9	2.6%
Eliminados	0	0%

Fuente: Expedientes del departamento de archivo del Hospital de Ginecología Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 221.

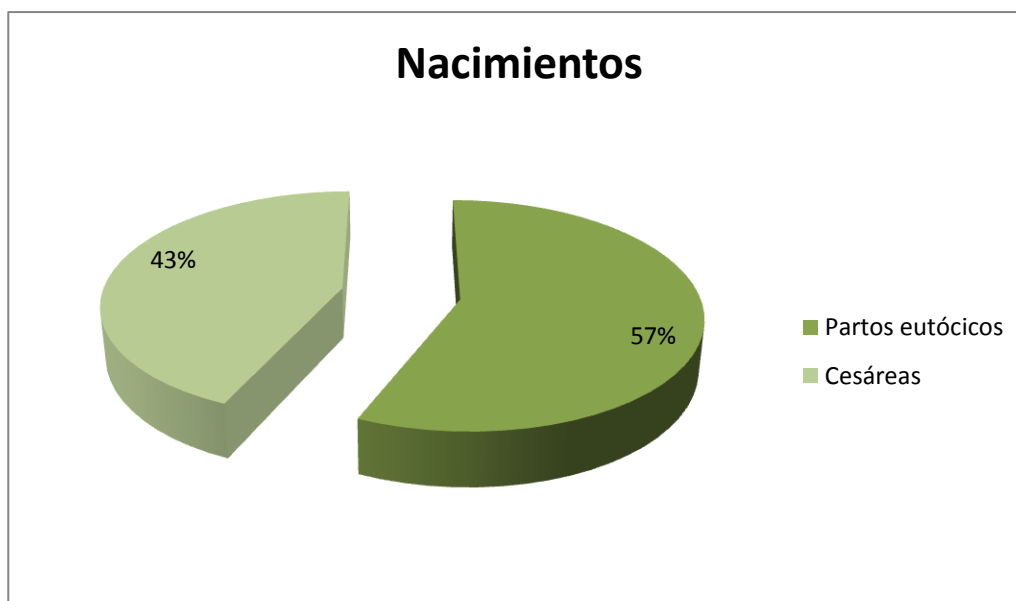
De un total de 6899 nacimientos, información recopilada del Departamento del Sistema de Información Medico Operativo (SIMO) comprendidos durante el período en estudio por el tipo de atención obstétrica, fueron obtenidos por operación cesárea 3,002 nacimientos (43.5%) y por parto eutócico 3897(56.4%). Como se contempla en la tabla No. 2 Gráfica No.1

Tabla 2: Tipo de atención obstétrica en número y porcentaje que se les realizó a mujeres del H.G.Y.O. (IMSS) en el período comprendido de enero 2013 a diciembre 2013.

Criterio	Nacimientos	Porcentaje
Partos eutócicos	3897	56.4%
Cesáreas	3002	43.5%
Total nacimientos	6899	100%

Fuente: Departamento del Sistema de Información Medico Operativo SIMO (ANEXO 1).

Gráfica 1: Distribución del número y porcentaje por tipo de atención obstétrica a mujeres en el H.G.Y.O. (IMSS) en el periodo comprendido de enero 2013 a diciembre 2013. (Circulograma)



Fuente: Tabla No. 2

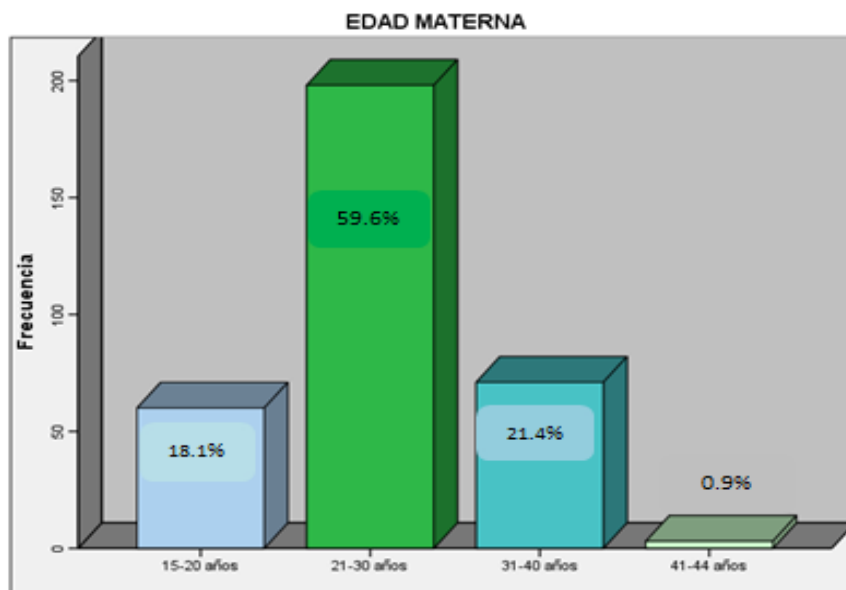
La tendencia de la edad materna de los 332 expedientes clínicos revisados fue de la siguiente forma como lo muestra la tabla No.3 y gráfica No. 2, en donde el rango de edad predominante fue de 21 a 30 años siendo 198 pacientes que correspondió al 59.6%, el menor de 41 a 44 años de solo 3 pacientes con 0.9%.

Tabla 3: Tendencia por edad de mujeres a quienes se les realizó operación cesárea en el H.G.Y.O. (IMSS) en el periodo comprendido de enero 2013 a diciembre 2013.

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	15-20 años	60	18.1
	21-30 años	198	59.6
	31-40 años	71	21.4
	41-44 años	3	.9
	Total	332	100.0
Media	26.4		
Mediana	26		
Moda	24		
Rango Inferior	15		
Rango Mayor	43		

Fuente: Expedientes del departamento de archivo del Hospital de Ginecología Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 221

Gráfica 2: Descripción en número y porcentaje de mujeres a quienes se les realizó operación cesárea en el H.G.Y.O. (IMSS) en el periodo comprendido de enero 2013 a diciembre 2013. (Gráfica de barras)



Fuente: Tabla No.3

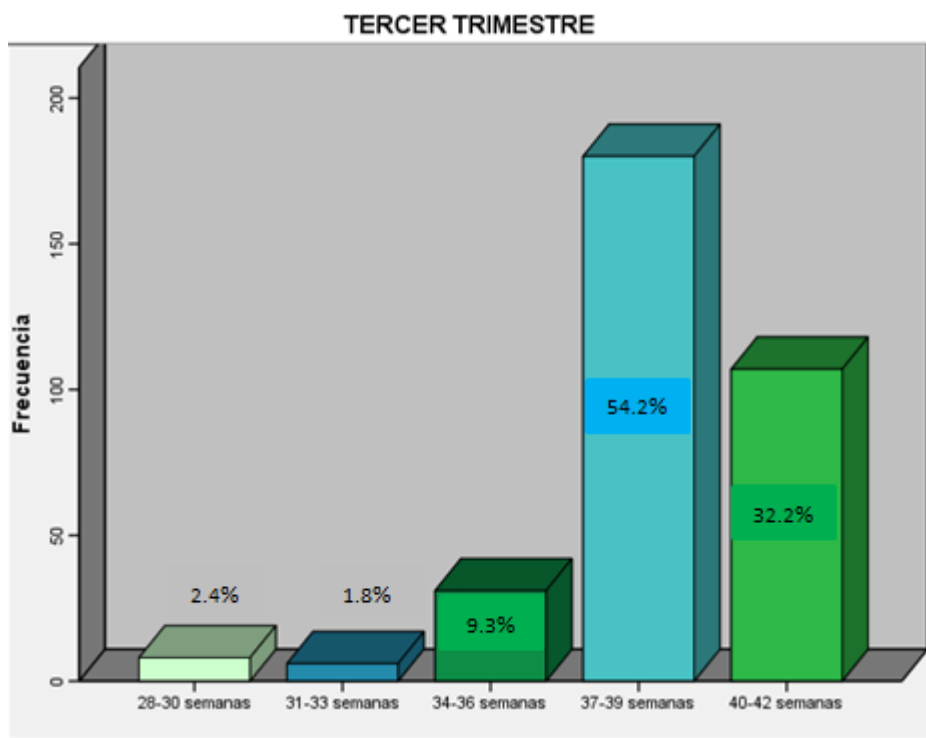
Respecto a la edad gestacional del producto, únicamente en el tercer trimestre de embarazo se observó esta tendencia en un 100%, en los rangos de 36 a 39 semanas con 201 pacientes que representó el 60.5%, seguido de 40 a 42 semanas con 102 casos (30.7%), sucesivamente el de 32 a 35 semanas con 17(5.1%) y finalmente de 28 a 31 semanas 12(3.6 %). Véase en la tabla No. 4 Gráfica 3.

Tabla 4: Explicación de la edad gestacional del producto durante el tercer trimestre correspondiente a operación cesárea en el H.G.Y.O. (IMSS) en el periodo comprendido de enero 2013 a diciembre 2013.

		Frecuencia	Porcentaje
Edad Gestacional	28-30 semanas	8	2.4
	31-33 semanas	6	1.8
	34-36 semanas	31	9.3
	37-39 semanas	180	54.2
	40-42 semanas	107	32.2
	Total	332	100.0
Media	38.3		
Mediana	39		
Moda	40		
Rango Mayor	42		
Rango Menor	28		

Fuente: Expedientes del departamento de archivo del Hospital de Ginecología Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 221.

Gráfica 3: Distribución en porcentaje de la edad gestacional del producto durante el tercer trimestre correspondientes a operación cesárea en el H.G.Y.O. (IMSS) en el periodo comprendido de enero 2013 a diciembre 2013. (Gráfica de barras)



Fuente: Tabla No.4

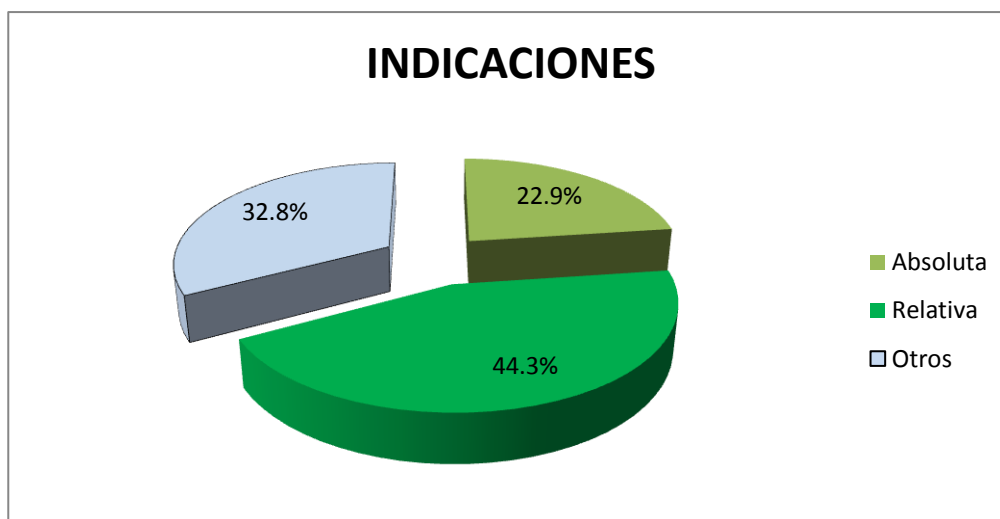
Se encontró que del total de indicaciones de operación cesárea de 332 pacientes, fueron relativas en un número de 147 (44.3%), absolutas 76(22.9%) y otras 147(44.3%). Contemplar en la tabla 5 y gráfica 4.

Tabla 5: Indicaciones relativas de operación cesárea en el H.G.Y.O. (IMSS) en el periodo comprendido de enero 2013 a diciembre 2013.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Absoluta	76	22.9
	Relativa	147	44.3
	Otra	109	32.8
	Total	332	100.0

Fuente: Expedientes del departamento de archivo del Hospital de Ginecología Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 221.

Gráfica 4: Tendencia en porcentaje en indicaciones absolutas y relativas correspondientes a operación cesárea en el H.G.Y.O. (IMSS) en el periodo comprendido de enero 2013 a diciembre 2013. (Circulograma)



Fuente: Tabla No.5

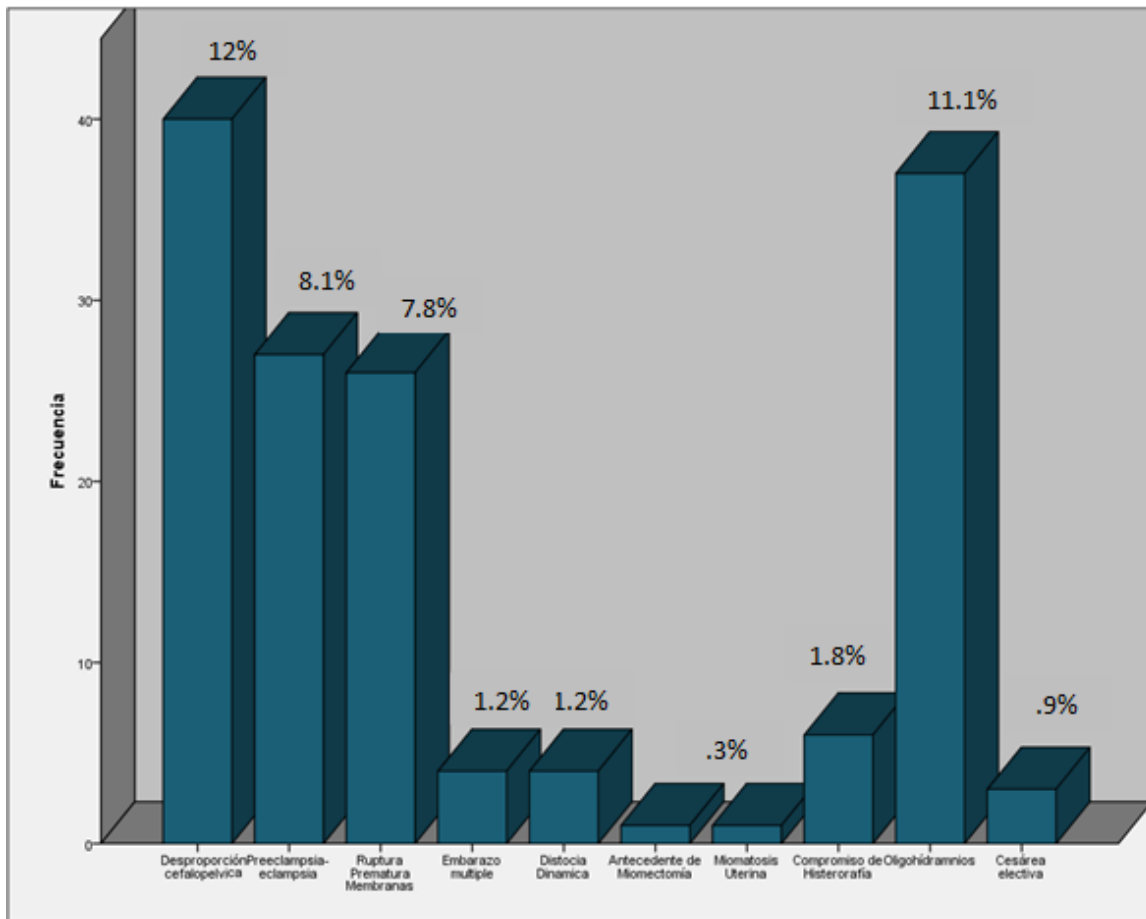
Así mismo de acuerdo a los resultados encontrados respecto a las indicaciones de operación cesárea de tipo relativas mencionamos las 5 principales causas como se describe en la tabla 6 gráfica 5 las siguientes: desproporción céfalo pélvica con 40(12.0%), oligohidramnios con 37 (11.1%), Preeclampsia-eclampsia con 27(8.1%), Ruptura Prematura Membranas con 26(7.8%) y Compromiso de Histerorráfía con 6(1.8%).El resto se observa en la tabla y gráfica correspondiente.

Tabla 6: Indicaciones relativas de operación cesárea en el H.G.Y.O. (IMSS) en el periodo comprendido de enero 2013 a diciembre 2013.

		Frecuencia	Porcentaje
Indicaciones Relativas	Desproporción céfalo pélvica	40	12.0
	Preeclampsia- eclampsia	27	8.1
	Ruptura Prematura Membranas	26	7.8
	Embarazo múltiple	4	1.2
	Distocia Dinámica	4	1.2
	Antecedente de Miomectomía	1	.3
	Miomatosis Uterina	1	.3
	Compromiso de Histerorráfía	6	1.8
	Oligohidramnios	37	11.1
	Cesárea electiva	3	.9

Fuente: Expedientes del departamento de archivo del Hospital de Ginecología Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 221.

Gráfica 5: Descripción en porcentaje de las Indicaciones relativas de operación cesárea en el H.G.Y.O. (IMSS) en el periodo comprendido de enero 2013 a diciembre 2013. (Gráfica de barras)



Fuente: Tabla No.6

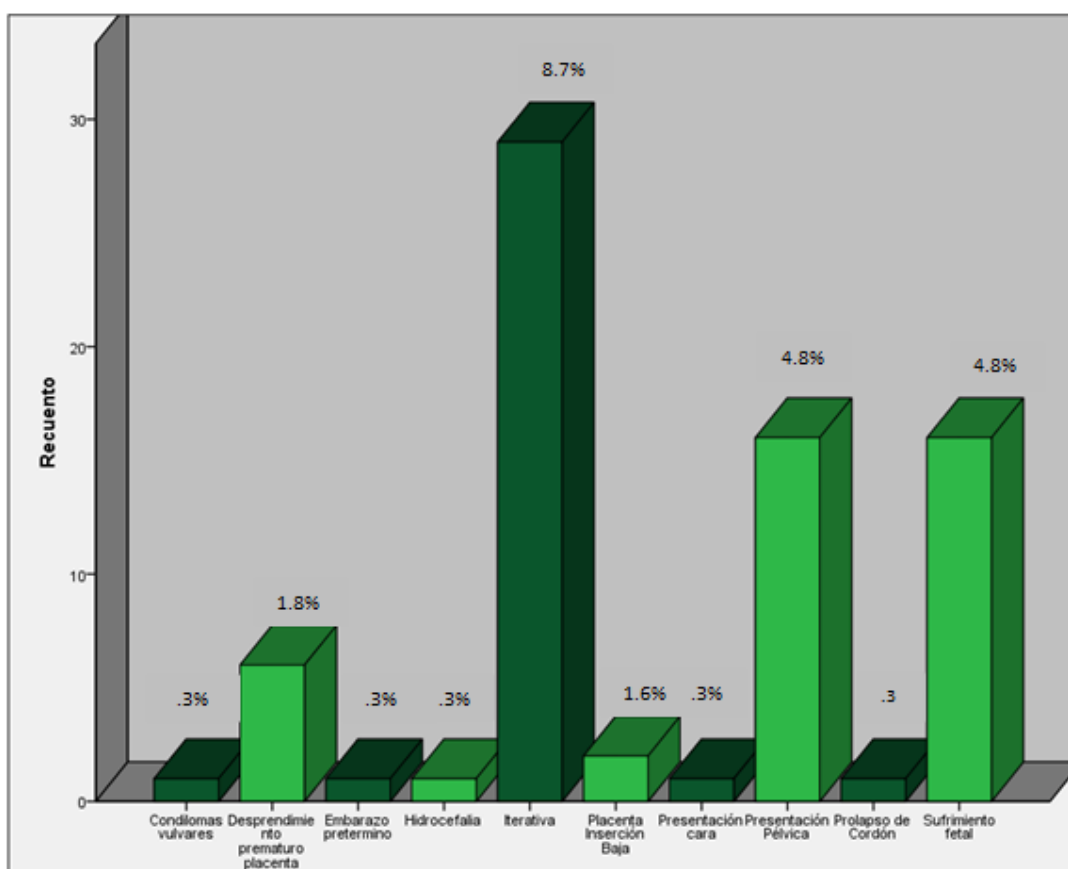
Por otro lado consideramos necesario comentar que las 5 principales causas absolutas se reflejaron de esta manera: en primer lugar las iterativas con 29(8.7%), presentación pélvica con 16(4.8%), sufrimiento fetal 16(4.8%), desprendimiento prematuro placenta con 6(1.8%) y placenta inserción baja con 2(0.6%). El resto se observa en la tabla 7 y gráfica 6.

Tabla 7: Indicaciones absolutas de operación cesárea en el Hospital de Ginecología Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 221 en el período comprendido de Enero 2013 a Diciembre 2013.

		Frecuencia	Porcentaje
Indicaciones Absolutas	Iterativa	29	8.7
	Presentación Pélvica	16	4.8
	Sufrimiento fetal	16	4.8
	Desprendimiento prematuro placenta	6	1.8
	Placenta Inserción Baja	2	.6
	Presentación cara	1	.3
	Prolapso de Cordón	1	.3
	Hidrocefalia	1	.3
	Embarazo pretérmino	1	.3
	Condilomas vulvares	1	.3

Fuente: Expedientes del departamento de archivo del Hospital de Ginecología Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 221.

Gráfica 6: Descripción en porcentaje de las Indicaciones absolutas de operación cesárea en el Hospital de Ginecología Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 221 en el período comprendido de Enero 2013 a Diciembre 2013. (Gráfica de barras)



Fuente: Cuadro No.7

Finalmente encontramos que las indicaciones que se clasificaron como otras causas, que no contaban con los criterios de clasificación de acuerdo a la guía de práctica clínica ni absolutas ni relativas, encontrándose entre las 5 principales causas las siguientes: taquicardia fetal con 12(11%), período intergenesico corto con 11(10.1%), cesárea previa con 8(7.3%), en cuarto lugar tenemos baja reserva fetal con 8(7.3%) y pérdida del bienestar fetal con 7(6.4%).

Llama la atención que la mayoría de manifestaciones se trataron de signos y no así de diagnósticos que fuera la causa directa de la indicación de operación cesárea.

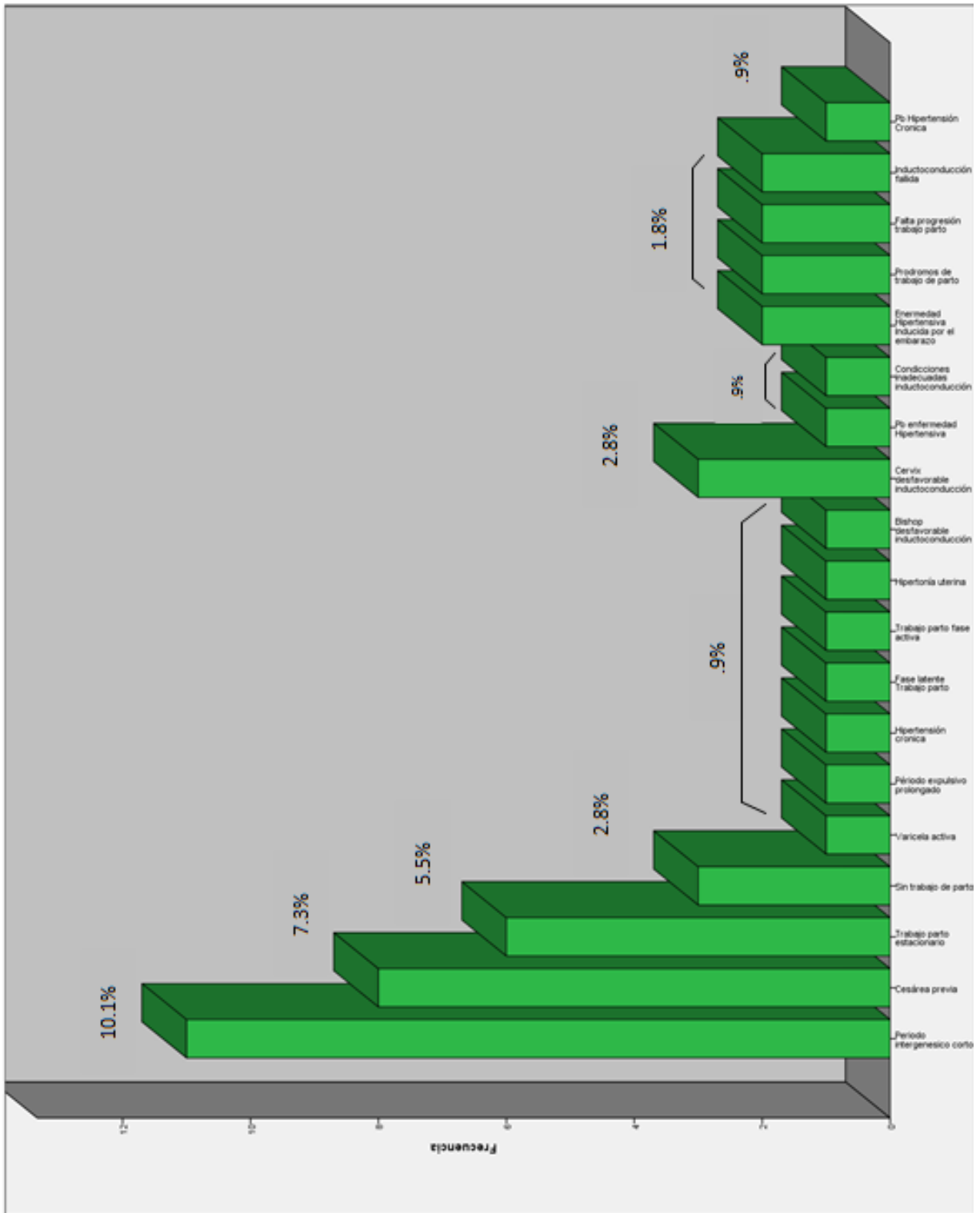
Se dividió para su mejor apreciación entre causas maternas (Véase tabla 8, gráfica 7) y fetales (Véase tabla 9, gráfica 8).

Tabla 8: Tendencia de otras Indicaciones de operación cesárea de causas maternas en número y porcentaje en mujeres a quienes se les realizó operación cesárea en el H.G.Y.O. (IMSS 221) en el periodo comprendido de enero 2013 a diciembre 2013.

Causas Maternas		Frecuencia	Porcentaje
Indicaciones "Otras"	Periodo intergenesico corto	11	10.1
	Cesárea previa	8	7.3
	Trabajo parto estacionario	6	5.5
	Sin trabajo de parto	3	2.8
	Varicela activa	1	.9
	Periodo expulsivo prolongado	1	.9
	Hipertensión crónica	1	.9
	Fase latente Trabajo parto	1	.9
	Trabajo parto fase activa	1	.9
	Hipertonía uterina	1	.9
	Bishop desfavorable inductoconducción	1	.9
	Cérvix desfavorable inductoconducción	3	2.8
	Pb enfermedad Hipertensiva	1	.9
	Condiciones inadecuadas inductoconducción	1	.9
	Enfermedad Hipertensiva Inducida por el embarazo	2	1.8
	Pródromos de trabajo de parto	2	1.8
	Falta progresión trabajo parto	2	1.8
	Inductoconducción fallida	2	1.8
	Pb Hipertensión Crónica	1	.9

Fuente: Expedientes del departamento de archivo del Hospital de Ginecología Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 221.

Gráfica 7: Prevalencia de otras indicaciones de causas maternas en mujeres a quienes se les realizó operación cesárea en el H.G.Y.O. (IMSS 221) en el periodo comprendido de enero 2013 a diciembre 2013. (Gráfica de barras)



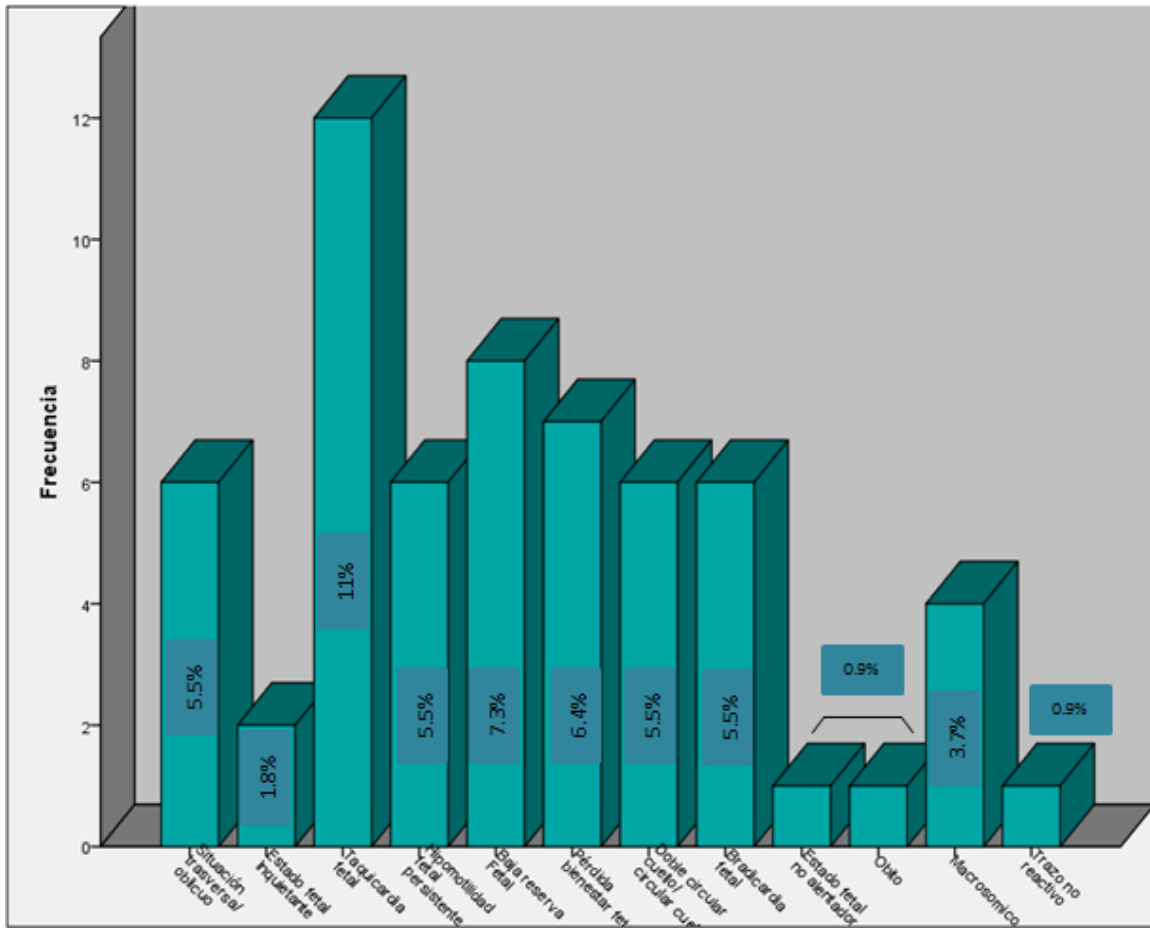
Fuente: Cuadro No. 8

Tabla 9: Descripción de otras Indicaciones de operación cesárea de causas fetales en número y porcentaje en el H.G.Y.O. (IMSS 221) en el periodo comprendido de enero 2013 a diciembre 2013.

Causas fetales		Frecuencia	Porcentaje
Otras	Situación transversa/ oblicuo	6	5.5
	Estado fetal Inquietante	2	1.8
	Taquicardia fetal	12	11.0
	Hipomotilidad fetal persistente	6	5.5
	Baja reserva Fetal	8	7.3
	Pérdida bienestar fetal	7	6.4
	Doble circular cuello/ circular cuello	6	5.5
	Bradicardia fetal	6	5.5
	Estado fetal no alentador	1	.9
	Óbito	1	.9
	Macrosomico	4	3.7
	Trazo no reactivo	1	.9

Fuente: Expedientes del departamento de archivo del Hospital de Ginecología Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 221.

Gráfica 8: Distribución de otras indicaciones de causas fetales en mujeres a quienes se les realizó operación cesárea en el H.G.Y.O. (IMSS 221) en el periodo comprendido de enero 2013 a diciembre 2013.



Fuente: Cuadro No. 9

XII.- DISCUSIÓN

A pesar de todos los esfuerzos realizados a nivel nacional e internacional para disminuir la realización de la operación cesárea como un recurso para la resolución de la gestación. La tendencia de la operación cesárea se encuentra presente en nuestro estudio en el 43.5% indicando un aumento en comparación de lo recomendado por la OMS del 10 al 15% y la NOM 007 el cual menciona como prevalencia un 15% en hospitales de segundo nivel de atención y 20% en tercer nivel. Es importante considerar que la frecuencia de operación cesárea en el Hospital de Sonora IMSS fue del 46.2% en el año 2012. En otro estudio del Hospital Materno Infantil del ISEM con 34.08% en el año 2008. Mostrando que en los tres Hospitales los valores para realización de operación cesárea se encuentran por encima de lo recomendado.

En cuanto la tendencia de edad materna en las cuales se realizó la operación cesárea; predominaron mujeres jóvenes dentro del rango de 21 a 30 años de edad en un 77.7%, llama la atención la incidencia en mujeres de edades de 15 a 20 años con un porcentaje 18.1%.

Con respecto a la edad gestacional del producto se identifico que en las semanas de 28 a 30 semanas fueron 8 pacientes con un porcentaje del 2.4, de las 31 a las 33 semanas con 6 pacientes con porcentaje de 1.8, y de 34 a 36 semanas con 31 pacientes dando un 9.3%, los cuales hacen un total de productos prematuros del 13.6 % siendo un total de 45 pacientes de nuestra muestra. De las semanas 37 a 39 con 180 pacientes con un total de 54.2% y de las semanas 40 a 42 fueron 107 pacientes con un porcentaje de 32.2%.

Referente a la prevalencia de indicaciones tanto absolutas como relativas al momento de estudio se observaron mayores indicaciones relativas de operación cesárea 44.3%, llama la atención que en segundo puesto se encuentra indicaciones que no se clasifican dentro de la absolutas ni de las relativas

considerándose como una clasificación de otras; siendo su incidencia del 32.8%, por último las indicaciones absolutas se encontraron con 22.9%.

Las 5 indicaciones de operación cesárea de mayor importancia por su alto número encontradas al momento del estudio fueron: desproporción céfalo-pélvica en 12%, Oligohidramnios en un 11.1%, cesárea iterativa con 8.7%, preeclampsia- eclampsia en 8.1% y por ultimo ruptura prematura de membranas 7.8%. En comparación con el Hospital IMSS de Sonora en donde se encontró una tendencia de operación Cesárea previa 35.7%, Cesárea Iterativa 11.6%, Sufrimiento fetal 11.6%, Desproporción Céfalo-pélvica 7.9%, Pre eclampsia 7%. En relación con el ISEM la desproporción céfalo pélvica ocupa el primer puesto con 23.1%, Cesárea Iterativa 11.6%, Sufrimiento fetal 11.6%, Desproporción Céfalo-pélvica 7.9%, Preeclampsia 7% por lo que guarda cierta similitud con nuestro estudio.

Las indicaciones consideradas como la clasificación de otras la mayor incidencia son taquicardia fetal 11%, período intergenesico corto 11%, cesárea previa con 7.3%, baja reserva fetal 7.3% y por último pérdida bienestar fetal 6.4%; estos no cumplen los criterios antes mencionados de acuerdo a la NOM 007 y guía de practica clínica.

Es relevante mencionar que con los resultados obtenidos de la Hoja Quirúrgica de acuerdo al diagnostico de ingreso, no se cumplen las indicaciones para llevar acabo la operación cesárea, ya que no están bien justificadas de acuerdo a las normas establecidas; en su mayoría solo son signos y no diagnósticos como tal. Por tal motivo la incidencia ha ido en aumento por un diagnostico mal citado que no cumple con los parámetros establecidos por la norma oficial mexicana y la guía de práctica clínica.

XIII.- CONCLUSIONES

- La tendencia de la operación cesárea se encuentra en un 43.5% por arriba del rango establecido por NOM 007 y guía de práctica clínica.
- Se encontró una mayor prevalencia de la operación cesárea en mujeres de 21 a 30 años (77.7%)
- Las indicaciones operación cesárea que predominan en el estudio son las indicaciones relativas en un 44.3%.
- No hay un correcto y completo llenado de la hoja quirúrgica.

XIV.- SUGERENCIAS

- Dar a conocer los resultados del presente estudio a las autoridades correspondientes del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 221.
- Enfatizar en la importancia de las indicaciones de la operación cesárea en la institución acorde con las Guías de Practica Clínica.
- Vigilar el correcto y adecuado llenado de la Hoja quirúrgica por parte del medico en formación del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Implementar cursos y pláticas al personal medico en formación sobre la importancia de conocer las indicaciones de la operación cesárea; así como su seguimiento de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 007 y a la Guía de práctica clínica.
- Llevar un control y seguimiento enfocado a la mejora de la indicación de operación cesárea con el motivo de disminuir su incidencia actual al momento del estudio.
- Incentivar a los médicos desde su formación a estar en continua actualización en el manejo del embarazo y parto eutócico, fundamentalmente a evaluar el riesgo- beneficio para el binomio y procurar un trabajo de parto en la medida que lo permitan las condiciones clínicas de cada paciente, dejando como ultimo recurso la realización de operación cesarea.

XV.-BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Práctica Clínica para la realización de Operación Cesárea, México: Secretaria de Salud; 2010.
2. Lugones M. La cesárea en la historia. Rev Cubana Obstet Ginecol.2001; 27(1):53-56.
3. Suarez L, Campero L, De la Vara E, Rivera L, Hernández M, Walker D, etal. Sociodemographic and Reproductive characteristics associated with the increase of Cesarean section practice in México. Salud Pública Mex.2013; 55(2):225-234.
4. Norma Oficial Mexicana NOM 007 SSA2.Atencion de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.2010.
5. Calvillo A, Cabada X, García Encueta de Salud y Nutrición 2012.Cesarea y ausencia de lactancia materna. El poder del consumidor.2013; 1-7.
6. Danilo C, Piloto Consideraciones actuales sobre la operación cesarea.MEDISAN.2012; 16(10):1579-1592.
7. Muñoz Rosales E, Domínguez Leopoldo C. Operación Cesárea:¿Indicación justificante o preocupación precipitada? .Ginecol Obstet Méx.2011;79(2):67-74.
- 8.Barber E , Lundsberg L, Belanger K , Pettker C, Funal E, Illuzzi J. Contributing indications to the rising cesarean delivery rate. Obstet Gynecol.2011 July; 118(1): 29–38.
9. Vélez E, Tovar V, Méndez F, Rosario C, Ruiz E. Incidencia Indicaciones y complicaciones de la operación cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo Sonora. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2012; 29(2); 58-64.
10. Martínez T, González G.Frecuencia indicaciones y complicaciones de la operación cesárea en el hospital de ginecología y obstetricia del instituto materno infantil del estado de México del 1 de enero al 31 de diciembre del 2008 [Tesis]. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina; 2009.
11. Ros C, Bellart J, Hernández S .Protocolo de Cesarea.ICGON.2012; 1-9.
12. Manzano G. Incidencia y Factores Asociados a Cesárea Iterativa en Adolescentes. Rev Horiz Med.2011;11(2):75-78
13. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Presentación de Nalgas a Término. Protocolos asistenciales en Obstetricia.2011;478-479.

14. Nápoles D. Controversias actuales para definir las alteraciones del bienestar fetal. *Medisan*.2013;17(3):521-525.
15. Sosa M, Félix J, Rodríguez N, Febles X, Almanzar E. Valoración de los neonatos de cesáreas con anestesia peridural a través del test de apgar. *Rev Mod Hospital Jaime Mota*.2011;72-75.
16. Diagnóstico y tratamiento de la restricción del crecimiento intrauterino. México: Secretaria de Salud; 2011.
17. Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. México: Secretaria de Salud; 2009.
18. Diagnóstico y manejo de anomalías en la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. México: Secretaria de Salud; 2013.
19. Abalos E. Técnicas quirúrgicas para la cesárea. Ginebra. Organización Mundial de la Salud; 2009.
20. Sader E, Morales M, Guilarte A. Protocolos de atención Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. *MPPS*.2011; 11-15.
21. Kohnle D .Prolapso de Cordón Umbilical. Nucleus Medical Media INC; 2011.
22. Diagnóstico y tratamiento de la hidrocefalia congénita y adquirida en menores de un año de edad. México: Secretaria de Salud; 2009.
23. García K, Carvajal. Hidrocefalia Unilateral caso clínico y revisión de la literatura. *Rev chil obstet ginecol*.2010; 75(4):260 – 265.
24. Panduro J, Cervantes M, Barrio E. Gemelos unidos (siameses).Reporte de tres casos. *Revista Médica MD*.2013; 4(4):276-279.
25. García M, Lastra G, Lucena J, Martínez A. Etiología de la sepsis de transmisión vertical. XVIII Congreso Español de Medicina Perinatal; 2014.
26. Ralph C, Carvajal J. Manual de Obstetricia y Ginecología. Med 505-A; 2008.
27. Pérez J, Panduro G, Quezada. Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino nacido por cesárea. *Ginecol Obstet Méx*.2011; 79(10):607-612.
28. Quintas L, García P. Condilomas Genitales. Hospital Universitario Lucus Augusti; 2013.

29. Toh R, Srisupundit K, Tonsong T. Short stature as an independent risk factor for cephalopelvic disproportion in a country of relatively small sized mothers. Arch Gynecol Obstet.2012;1513-1516.
30. Romero JF, Morales E, García M, Peralta ML. Guía de práctica clínica preeclampsia eclampsia. Rev Med Inst Méx Seguro.2012; 50(5):569-579.
31. Echeverría J, Aliviari R, Caro J. Ruptura Prematura de Membranas. Atención y cuidados en la prestación de servicios de salud. Rev Med Ginecol Obstet .2011.
32. Galal M, Murray H, Petraglia F, Smith R. Postterm pregnancy. FVV in ObGyn. 2012; 4(3):175-187.
33. Muñoz H, Germain G, Figueroa A. Guía perinatal. Subsecretaría de salud pública división prevención y control de enfermedades.2013.
34. Islam Ja, Ara G, Choudhury F. Risk factors and outcome of obstructed labour at a tertiary care hospital. J Shaheed Suhrawardy Med Coll.2012; 4(2):43-46.
35. Bustillos J, Leonardo J, Alfaro R. Transfusión Intrauterina en pacientes con isoimmunización rh. Rev CIE Med UCR Hsid.2013; 3-8.
36. Diagnóstico y tratamiento en el embarazo. México: Secretaria de Salud; 2009.
37. Guía de Referencia Rápida detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas, México: Secretaria de Salud; 2010.
38. Juárez A, Buitrón T. Histerectomía obstétrica por sepsis en el puerperio. Clin Invest Gine Obst.2012; 39(2):53-56.
39. Soberón I, Hilda A, Hernández JA. Gestación Ectópica en útero malformado. Rev Cubana Obstetricia y Ginecología.2011; 37(4):599-606.
40. Zimmermann A, Bernuit D, Gerlinger C. Prevalence Symptoms and management of uterine Fibroids an international internet based survey of 21746 women. BMC women's health.2012; 6-12.
41. Martínez DA, González J, Barrios E, Guadalupe J, Fajardo S, Martínez D. Cesárea Misgav Ladach un análisis basado en evidencia. Rev Médica MD.2013; 255-256.
42. Del Bianco E, Reyna E, Guerra M, Torres D, Mejía M, et al. Valor predictivo del índice de líquido amniótico en las complicaciones neonatales. Revista de obstetricia y Ginecológica de Venezuela.2012; 72:4.

43. Gallardo KL, Panduro JD. Repercusiones perinatales en embarazos a término con oligohidramnios severo. Rev Médica MD.2013; 4(4):251-261.
44. Lampinen R, Vehvilainen K, Kankkunen P.A review of pregnancy in women over 35 years of age. The open nursing jornal.2009; 33-38.
45. Maroto MT. Cesárea y ligadura tubárica. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las nieves Granada.2012; 10-15.
46. Gádor M. Complicaciones de la Cesárea. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las nieves Granada.2009; 3-4.
47. Lidiane A, Lydia V, Barbosa M, Régia C, Gomes D, Fabiole L, et al .Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de Fortaleza.EG. 2013;29:105-115.

XVI.- ANEXOS

Anexo 1

Hoja de Recopilación de datos #1

Hospital de Ginecología y Obstetricia de Instituto Mexicano del Seguro Social
No. 221.

	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Total
Partos eutócicos	432	309	279	294	249	302	279	342	369	349	365	328	3897
Cesáreas	313	259	251	266	263	288	250	245	229	224	207	207	3002
Total nacimientos	745	568	530	560	512	590	529	587	598	573	572	535	6899

Anexo #2

Hoja de Recopilación de datos #2

Hospital de Ginecología y Obstetricia de Instituto Mexicano del Seguro Social
No. 221.

Expediente_____

Edad del paciente _____ Edad gestacional producto_____

Dx. Indicación de operación cesárea: Absoluta_____ Relativa_____

Dx. Indicación de operación cesárea:

	PRESENTE	AUSENTE
Cesárea iterativa		
Presentación pélvica		
Sufrimiento fetal		
Retraso del crecimiento intrauterino		
Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta		
Placenta previa		
Placenta de inserción baja		
Incisión uterina corporal previa		
Presentación de cara		
Prolapso de cordón umbilical		
Hidrocefalia		
Gemelos unidos		
Infecciones maternas de transmisión sexual		
Embarazo pre término (\leq 1500 gr de peso fetal)		
Condilomas vulvares grandes		
Desproporción céfalo pélvica		
Pre eclampsia- eclampsia		
Ruptura prematura de membranas		
Embarazo pos término		
Embarazo múltiple		
Distocia dinámica		

Iso inmunización materno fetal		
Diabetes gestacional		
Antecedente de deciduomiometritis		
Antecedente de metroplastía		
Antecedente de miomectomía		
Miomatosis uterina		
Compromiso de histerorráfía		
Oligohidramnios		
Cirugía vaginal previa		
Primigesta añosa		
Cesárea electiva		
Otra		