

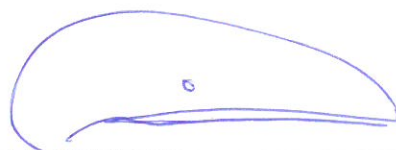
Carta de Dictamen de la Evaluación Escrita del Examen de Grado

Mexicali, Baja California a 09 de Febrero del 2018.

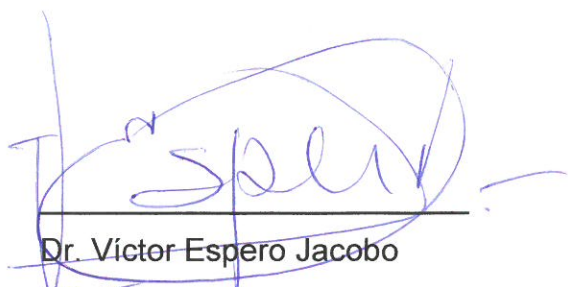
Los abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del documento escrito
Denominado: **INCIDENCIA DE CESAREAS Y SUS INDICACIONES EN CAAPS
GUADALUPE VICTORIA DEL 2008 A 2014.**

Que para obtener el Diploma de la Especialidad en Ginecología y Obstetricia, **Presentado
por: Dr. Víctor Arizaga Tolento**

Realizada la evaluación resolvimos: Aprobarlo por unanimidad.



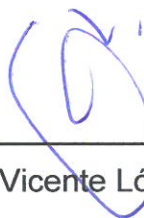
Dra. Marina Montañez Hinojosa
Presidente



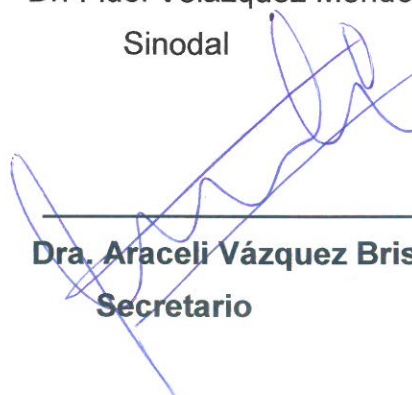
Dr. Víctor Espero Jacobo
Sinodal



Dr. Fidel Velázquez Mendoza
Sinodal



Dr. Oscar Vicente López Macías
Sinodal



Dra. Araceli Vázquez Briseño
Secretario

**INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE
BAJA CALIFORNIA**

DIRECCION DE ENSEÑANZA Y VINCULACIÓN

HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



Título de la investigación

**“INCIDENCIA DE CESÁREAS Y SUS INDICACIONES EN CAAPS GUADALUPE
VICTORIA DEL 2008 AL 2014”.**

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DR. VICTOR ARIZAGA TOLENTO

Mexicali, Baja California. Febrero de 2018.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI

COORDINACION DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Título de la investigación

**“INCIDENCIA DE CESÁREAS Y SUS INDICACIONES EN CAAPS GUADALUPE
VICTORIA DEL 2008 AL 2014”.**

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DR. VICTOR ARIZAGA TOLENTO

Mexicali, Baja California. Febrero de 2018.

**INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE
BAJA CALIFORNIA**

DIRECCION DE ENSEÑANZA Y VINCULACIÓN

HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



Título de la investigación

**“INCIDENCIA DE CESÁREAS Y SUS INDICACIONES EN CAAPS GUADALUPE
VICTORIA DEL 2008 AL 2014”.**

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DR. VICTOR ARIZAGA TOLENTO

ASESOR Y CO-ASESOR DE TESIS

DRA. MARINA MONTAÑEZ HINOJOSA

DR. ABRAHAM ARIAS LEÓN

Mexicali, Baja California. Febrero de 2018.

A mis padres, por su apoyo durante toda mi formación profesional.

A mi esposa Yara, así como a mis hijos Víctor, Sebastián, Valeria y Daniel por su apoyo incondicional, inspiración y comprensión, durante todo el proceso.

AUTORIZACIÓN DEL TRABAJO TERMINAL

DR. CALEB CIENFUEGOS RASCON

DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI

DR. EDUARDO VERTIZ CORDERO

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DRA. ARACELI VAZQUEZ BRISEÑO

JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DR. JORGE ZAMORA PALACIOS

PROFESOR DEL CURSO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DRA. MARINA MONTAÑEZ HINOJOSA

ASESOR DE INVESTIGACIÓN

DR. ABRAHAM ARIAS LEON

CO-ASESOR DE INVESTIGACIÓN

VICTOR ARIZAGA TOLENTO

SUSTENTANTE DEL EXÁMEN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

AGRADECIMIENTOS

DR. SERGIO TOLENTO HERNÁNDEZ. Por su apoyo, así como su asesoramiento durante todo el proceso.

DR. PEDRO LUIS HERNÁNDEZ CASTAÑEDA. Por proporcionar los medios e información para la realización de esta investigación.

DRA. MARINA MONTAÑEZ HINOJOSA. Por su asesoramiento oportuno para la elaboración de la investigación.

DRA. CARMEN GORETY SORIA RODRÍGUEZ. Por su asesoramiento y orientación durante la realización de la investigación.

DRA. MINERVA ALEJANDRA ZAMORA BARRIGA. Por su colaboración y asesoramiento en la realización de este trabajo.

DR. ABRAHAM ARIAS LEON. Por su asesoramiento en estadística y metodología.

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI. Por el enriquecimiento del protocolo, así como su aprobación y validación

INDICE

Resumen.....	XIII
1. Introducción.....	1
2. Antecedentes.....	1
3. Planteamiento del problema.....	2
4. Marco Teórico	
4.1 Aspectos Históricos.....	3
4.2 Definición.....	4
4.3 Morbilidad y Mortalidad.....	4
4.4 Clasificación.....	4
4.5 Indicaciones.....	5
4.6 Contraindicaciones.....	6
4.7 Momento de la Cesárea Electiva.....	6
4.8 Complicaciones.....	6
4.9 Profilaxis antibiótica.....	9
4.10 Cuidados Postoperatorios.....	9
5. Justificación.....	10
6. Objetivo general.....	11
7. Objetivos Específicos.....	11
8. Materiales y Métodos.....	11
8.1 Diseño del estudio.....	11
8.2 Población y Muestra.....	11
8.3 Instrumento de Estudio.....	11
8.4 Criterios de Inclusión.....	12
8.5 Criterios de Exclusión.....	12
8.6 Criterios de Eliminación.....	12
8.7 Operacionalización de las Variables.....	12
8.8 Análisis Estadístico.....	16
8.8.1 Año 2008.....	16
8.8.2 Año 2009.....	17
8.8.3 Año 2010.....	18
8.8.4 Año 2011.....	19

8.8.5 Año 2012.....	20
8.8.6 Año 2013.....	21
8.8.7 Año 2014.....	22
8.8.8 Acumulado 2008-2014.....	23
8.9 Aspectos Éticos.....	24
9. Resultados.....	24
10. Discusión.....	27
11. Conclusiones.....	28
12. Recomendaciones.....	29
13. Bibliografía.....	30
14. Anexos.....	31
14.1 Índice de Tablas o Gráficos.....	31
14.1.1 Índice de Tablas.....	31
14.1.2 Índice de Gráficos.....	31
14.2 Tablas y Graficas.....	33

RESUMEN

Introducción:

La operación cesárea es un procedimiento quirúrgico alternativo a la vía de nacimiento natural, el cual tiene como objetivo la extracción del producto de la gestación, así como de la placenta y sus anexos a través de la pared abdominal.

En los últimos años ha habido un incremento paulatino en la práctica de esta operación, como alternativa al nacimiento por parto natural, esto debido al avance científico y tecnológico en cuanto a procedimientos anestésicos y técnicas quirúrgicas, así como al uso de antibióticos.

El propósito del presente trabajo, es determinar la incidencia de cesáreas en el Centro de Atención Avanzada Primaria a la Salud (CAAPS) Guadalupe Victoria, en el período del 2008 al 2014 así como sus indicaciones.

Objetivo:

Determinar el porcentaje de Incidencia de Cesárea en el Centro de Atención Avanzada Primaria a la Salud (CAAPS) Guadalupe Victoria, en el período del 2008 al 2014 así como sus indicaciones.

Material y Métodos:

Se utilizó información de las fichas de enfermería del libro de procedimientos quirúrgicos de quirófano del CAAPS Guadalupe Victoria para realizar un estudio observacional, retrospectivo, longitudinal, descriptivo, de tipo censo. Realizándose descripción de porcentajes de población y frecuencias absolutas de indicaciones.

Resultados:

En el Centro de Atención Avanzada Primaria a la Salud (CAAPS) Guadalupe Victoria, perteneciente a ISESALUD, durante el periodo comprendido de Enero de 2008 a Octubre de 2014, se presentaron 1,803 nacimientos, de los cuales 326 fueron por cesárea. Se observó una incidencia de cesáreas de 18%. La indicación que se presentó con mayor frecuencia fue el Trazado categoría III con un total de 225 nacimientos, correspondiente al 66%. Se observó una tendencia de ascenso en los nacimientos realizados por cesárea de 1.5% anual.

Conclusiones:

El uso de la cesárea como método alternativo de nacimiento al parto es sin duda un avance científico que permitió en su momento disminuir la tasa de mortalidad materna y fetal; Sin embargo, en los últimos años el abuso de la misma trae consigo múltiples complicaciones que ponen en riesgo innecesario tanto a la madre como al producto aumentando así la morbi-mortalidad. Es debido a esto que dicho procedimiento está bajo el escrutinio de las autoridades sanitarias, para que los profesionales de la salud se apeguen a las normativas y se realice única y exclusivamente cuando el parto natural es imposible de llevar, y con apego a las indicaciones ya sean absolutas o relativas que justifiquen dicho procedimiento.

1. Introducción

La operación cesárea es un procedimiento quirúrgico alternativo a la vía de nacimiento natural, el cual tiene como objetivo la extracción del producto de la gestación, así como de la placenta y sus anexos a través de la pared abdominal.

En los últimos años ha habido un incremento paulatino en la práctica de esta operación, como alternativa al nacimiento por parto natural, esto debido al avance científico y tecnológico en cuanto a procedimientos anestésicos y técnicas quirúrgicas, así como al uso de antibióticos. Sin embargo esto no exenta al binomio de complicaciones asociadas, las cuales van del 12 al 15% del total de nacimientos por esta vía.

De igual manera, al aumentar la frecuencia de la práctica de la operación cesárea, también se fueron incrementando las indicaciones para su realización y a su vez, la clasificación de las mismas fue modificándose, de tal forma que, de agruparse como indicaciones maternas, fetales y mixtas como fue establecido en las Normas y Procedimientos en Obstetricia del IMSS desde 1986, en la actualidad, se clasifican en absolutas y relativas.

El propósito del presente trabajo, es determinar la incidencia de cesáreas en el Centro de Atención Avanzada Primaria a la Salud (CAAPS) Guadalupe Victoria, en el período del 2008 al 2014 así como sus indicaciones.

2. Antecedentes

América Latina es la región del mundo donde más cesáreas se practican. El 38% de los nacidos entre 2006 y 2010 vinieron al mundo en un quirófano, según el último informe Estado Mundial de la Infancia de Unicef. La Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que solo debe hacerse una cesárea cuando el parto no se puede desarrollar de manera normal, lo que sucede en un 15% de los casos. Por encima de esa cifra se consideran intervenciones quirúrgicas innecesarias. (Santaeulalia, 2013).

Entre 2004 y 2005, se realizó la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS (WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health) en 24 regiones de ocho países de América Latina. En la encuesta se obtuvieron datos de todas las mujeres que ingresaron para tener el parto en 120 instituciones seleccionadas al azar. La mediana de la tasa de partos por cesárea fue del 33% y la tasa más alta de partos por cesárea observada en hospitales privados fue del 51%. (E, 2009). En México según datos aportados por las Estadísticas Sanitarias Mundiales se tenía una tasa de cesáreas de 36.1% en 2009, teniendo un aumento de 6.9% para 2012 con 43% de nacimientos por cesárea, observándose una disminución de la misma en 2013 con 39%.

Las diferencias porcentuales entre los hospitales públicos y las clínicas privadas son abismales. El número de cesáreas en los centros privados supera el 70% en México (41% en los públicos) o el 60% en Chile, según el Ministerio de Salud chileno. En Venezuela, sin datos oficiales, el doctor y miembro de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología Fredy González aseguró a France Presse que el índice supera el 70% en las clínicas privadas y que se mantiene en un 40% en las públicas. Con cifras más bajas que sus vecinos, Argentina tuvo un 26,7% de cesáreas en 2011, según datos del Gobierno. (Santaeulalia, 2013).

En nuestro municipio según cifras obtenidas del Subsistema de información sobre nacimientos (SINAC), durante el año 2014 se presentó una incidencia de cesáreas en el Hospital Materno Infantil de 23.3%, siendo mayor este porcentaje en IMSS con 42.5% del total de nacimientos; Sin embargo, la institución en la que prevaleció el mayor número de nacimientos por cesárea fue ISSSTE con 79.7%, seguido de ISSSTECALI con una incidencia de 75.8% de cesáreas. En el medio particular en Mexicali se observó una tendencia a la realización de cesáreas ya que esta se prefirió en el 97.3% del total de nacimientos.

Probablemente, muchos factores han contribuido a este aumento, incluyendo la mejora de las técnicas quirúrgicas y anestésicas, la reducción de riesgo de complicaciones post-operatorias, factores nutricionales y demográficos, y la percepción de médicos y pacientes como un procedimiento seguro, y la influencia de las demandas legales. (Pinto, Gavilán, & Miño, 2011); Sin embargo, los resultados obtenidos en la Encuesta Global de Salud Materna y Perinatal de la OMS indican que el aumento de las tasas de cesáreas se relaciona con un mayor riesgo de tratamiento antibiótico puerperal y mortalidad y morbilidad materna severa. El aumento en la tasa de nacimiento por cesárea está también asociado con un aumento en las tasas de mortalidad fetal y en la cantidad de recién nacidos que ingresan a la unidad de cuidados intensivos durante siete días. (E, 2009).

3. Planteamiento del Problema

Es un hecho que a nivel mundial el número de nacimientos por cesárea han ido en aumento a lo largo de los años, es por esto que buscamos conocer ¿Cuál es la incidencia y las indicaciones de cesárea en CAAPS Guadalupe victoria del 2008 al 2014?

4. Marco Teórico

4.1 Aspectos históricos

La primera mención de este procedimiento aparece en la mitología griega, donde Apolo extrae a su hijo Aesculapius, considerado como el "primer médico", del vientre de la fallecida ninfa Coronis. También Zeus, al fallecer su amante Semele, hizo que le extrajeran por el abdomen a su hijo prematuro Dionisius y se lo implantaran a él en uno de sus muslos. Para la teología budista, Brahma nació del ombligo de su madre, en el año 563 a.C., nació del flanco derecho de su madre Maya quien era una virgen pero quedó embarazada cuando estaba durmiendo y un gran elefante blanco penetra dentro de su cuerpo. (Juan Aller).

El origen del nombre cesárea no está claro. Se cree que viene de la leyenda del nacimiento del emperador romano Julio César, según la cual había nacido por esta vía; sin embargo, su madre Aurelia estaba viva cuando él decide invadir Britania y en esa época ninguna mujer a la que se le había practicado una cesárea había sobrevivido. Algunas historias sugieren que Scipio Africanus, el primer emperador romano en hacerse llamar César, nació por esta vía en el año de 237 a.C., y de ahí el nombre de la operación. El hecho de nacer por cesárea y sobrevivir era considerado como un hecho divino, por lo que los emperadores hacían adornar su nacimiento con esa creencia. Otros afirman que el nombre viene del latín *caesones*. El término de nacimiento por cesárea fue usado por primera vez en Francia, en 1581, por Rousset quien lo publica un año más tarde. (Juan Aller).

La primera cesárea practicada en una paciente viva y en la que se obtuvo un recién nacido vivo fue realizada por Giulio Cesari Aranzio (1530-1589), en 1578, la madre falleció al mes de la operación; antes de este caso todas las cesáreas eran practicadas postmortem. En 1769, Lebas (1719-1797), en Francia, sutura por primera vez la herida del útero con la idea de que la recuperación de la paciente fuera mejor, pero fue muy criticado por los cirujanos de la época. Por eso, no fue sino hasta 1882, en que Max Sanger populariza la técnica de sutura la herida uterina.

La cesárea se empieza a usar como una opción segura para el nacimiento luego de los trabajos pioneros de William Morton (1819-1868), en 1846, con el uso de dietil éter como anestésico quirúrgico y veinte años después con la introducción del ácido carbólico como antiséptico por Joseph Lister (1827-1912). (Juan Aller).

A lo largo de los años, la cesárea ha experimentado importantes cambios en las técnicas quirúrgicas, en la frecuencia y en sus indicaciones, tanto maternas como fetales. La cesárea en los siglos XVIII y XIX implicaba una elevadísima mortalidad materna, por lo que se practicaba en casos excepcionales, desesperados, con la finalidad de salvar al niño. La introducción de la sutura de la pared uterina (Max Sanger, en 1889), de la práctica de la incisión uterina en el segmento inferior (Kroning, en 1912) y de la incisión transversal en el segmento inferior del útero (Kerr, en 1926) supuso una importante disminución de la mortalidad materna. (J. Gonzalez-Merlo, 2013).

Finalmente, la introducción de los antibióticos, de la transfusión de sangre, el perfeccionamiento de los métodos anestésicos y la modificación ulterior de algunas técnicas quirúrgicas han conseguido que la cesárea pase de ser una operación que condenaba a la mujer a la muerte con gran probabilidad, a una técnica que, en la actualidad, es demandada por algunas mujeres en sustitución del parto vaginal. Paralelamente, ha aumentado la frecuencia de la práctica de la cesárea y se han modificado las indicaciones tanto maternas como fetales. (J. Gonzalez-Merlo, 2013).

4.2 Definición

Consiste en la extracción por vía abdominal de un feto, vivo o muerto, con la placenta y sus membranas a través de una incisión hecha en el abdomen y el útero. (Juan Aller).

4.3 Morbilidad y Mortalidad

La tasa de mortalidad materna para cesáreas electivas de repetición es de 13.4 de cada 100.000 nacimientos. La mitad de estas muertes están relacionadas con complicaciones intraoperatorias, mientras que otras están relacionadas con la anestesia y las complicaciones postoperatorias. En los últimos años, ha habido un cambio en la etiología de las muertes por hemorragia y la infección a eventos tromboembólicos. (MD, 2014).

4.4 Clasificación

Según antecedentes obstétricos de la paciente:

1. **Primaria:** Es la que se realiza por primera vez.
2. **Iterativa:** Es la que se realiza en pacientes con antecedentes de una o más cesáreas.

Se distinguen distintos tipos de cesáreas, según el momento en que se realizan:

1. **Urgente:** Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
2. **Electiva:** Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

Según las causas por las que se realizan las cesáreas, pueden ser por indicación materna, fetal o mixta y por indicación absoluta o relativa.

Según la técnica quirúrgica se distinguen:

1. **Corporal o clásica:** La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior,

placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehisciente durante un nuevo embarazo.

2. **Segmento corporal:** (Beck) La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: Embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior.
3. **Segmento arciforme o transversal:** (Kerr) Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias. (Liñan, 2014).

Según la vía de abordaje:

1. **Transperitoneal:** En la que se llega al útero a través de la cavidad abdominal, y que es la técnica actualmente utilizada.
2. **Extraperitoneal:** Que se utiliza a través de la pared abdominal pero sin penetrar en la cavidad abdominal.
3. **Vaginal:** En la que el abordaje se hace a través de la vagina.

Las dos últimas han sido totalmente abandonadas (J. Gonzalez-Merlo, 2013).

4.5 Indicaciones

Las indicaciones más comunes para el parto por cesárea es América del Norte son por cesárea de repetición (30%), distocia o falta de progresión (30%), malas presentaciones (11%) y trazos de frecuencia fetal categoría III (10%), además de otras indicaciones. (Tabla 1)

Fetales	Materno-Fetales	Maternas
Trazo de FCF categoría III	Falla en la progresión del TDP • Detención del descenso • Detención de la dilatación	Cesárea de repetición
Mala presentación • Transversa • Pélvica • Frente • Cara/Mentón posterior	Desprendimiento de placenta previa	Estrechez pélvica • Congénita • Fractura
Prolapso de Cordón	Gemelos unidos	Tumores obstructivos

VIH	Perimortem	Cerclaje Abdominal
Anomalías Congénitas		Cirugía vaginal reconstructiva
Vasa Previa		Condiciones médica

Tabla 1. Indicaciones de Cesáreas.

4.6 Contraindicaciones

Hay pocas contraindicaciones para la cesárea. Un principio básico es “lo que es mejor para el feto es lo que es mejor para la madre”. Si la madre es médicamente inestable y el feto es no viable, entonces se recomienda que la condición materna se establezca independientemente de las consideraciones del feto. Si el feto es de una edad gestacional viable, entonces la condición de la madre también debe ser estabilizada primero y considerar el parto solo por indicaciones obstétricas. La excepción a esta afirmación es la cesárea perimortem. (MD, 2014).

4.7 Momento de la cesárea electiva

Mientras que el embarazo a término se define como aquel de 37 SDG o más; la cesárea electiva por la general no se realiza antes de las 39 SDG debido a los riesgos de la inmadurez pulmonar fetal. Además, se demostró que la cesárea antes de las 39 SDG se asoció a mayores tasas de problemas respiratorios, sepsis, hipoglucemia, y, hospitalización prolongada o necesidad de cuidados de nivel avanzado. Por lo tanto la cesárea no debe realizarse antes de las 39 SDG a menos que existan indicaciones para la madre o el feto. Para los pacientes con factores de riesgo (por ejemplo, placenta previa o incisión uterina clásica previa), el riesgo de mantener el embarazo hasta las 39 semanas podría ser mayor que los riesgos para la madre y el feto si nace antes de las 39 semanas. En estas situaciones, se debe considerar realizar una amniocentesis para valorar la madurez pulmonar fetal a partir de las 36 semanas. Una vez que se ha determinado que los pulmones son lo suficientemente maduros o la paciente llega a las 38 SDG, se debe realizar la cesárea. (MD, 2014).

4.8 Complicaciones

Complicaciones Intraoperatorias

En el 1-2% de la cesárea aparecen complicaciones en el curso de la intervención. En este grupo se incluyen:

1. **Hemorragias**, que pueden distinguirse por:
 - a. Desgarros de útero, que prolongan la incisión uterina.
 - b. Lesión de los vasos uterinos.
 - c. Atonía uterina.
 - d. Placenta previa.

2. Lesiones de vísceras vecinas:

- a. Lesiones vesicales, que ocurren en 0.3% de los casos, el 0.19% en primera cesárea, y el 0.6% en cesárea de repetición.
- b. Lesiones uretrales, que ocurren en el 0.9% de los casos.
- c. Lesiones intestinales, que ocurren raramente, con más frecuencia en ciego y en sigmoides cuando hay adherencias. (J. Gonzalez-Merlo, 2013).

3. **Complicaciones anestésicas:** Sx de Mendelson, paro cardiorrespiratorio (J. Gonzalez-Merlo, 2013). Aspiración, ventilación inadecuada, insuficiencia respiratoria, toxicidad del anestésico local, hipotensión relacionada con epidural/espinal alta, sobredosis y cefalea postpunción. Otros efectos secundarios comunes son causados por los efectos farmacológicos conocidos de los medicamentos analgésicos, como hipotensión, prurito, náusea, vómito y depresión respiratoria. (MD, 2014).

Complicaciones Postoperatorias

1. **Infecciones.** Principal causa de complicación. Se considera que el riesgo de asociación de la infección a la cesárea es entre 5 y 20 veces superior que en el parto vaginal. (J. Gonzalez-Merlo, 2013). La tasa de infección sin antibióticos profilácticos se acerca al 85%, mientras que la tasa de infección con antibióticos profilácticos es solo un 5%. (MD, 2014).

- a. Endometritis. 20-40% de todas las cesáreas (J. Gonzalez-Merlo, 2013). El diagnóstico clínico se presenta con sensibilidad uterina o parametrial, fiebre (dos temperaturas postoperatorias de más de 38°C después de 24hrs) y leucocitosis. El 90% de los casos se resolverá con antibiótico dentro de las 72hrs con antibiótico de amplio espectro intravenoso. (MD, 2014).
- b. Infección de la herida de la pared abdominal/Dehiscencia de herida. 5-10% (J. Gonzalez-Merlo, 2013). De esas heridas que se abren casi dos tercios están infectadas. La infección de la herida se presenta con eritema y aumento de la sensibilidad, y puede desarrollarse pus y fiebre. La dehiscencia de la fascia se produce en aproximadamente el 6% de las heridas abiertas, se presenta con secreción copiosa seguida de protrusión del intestino a través de la herida quirúrgica. (MD, 2014).
- c. Infecciones urinarias. 2-16% (J. Gonzalez-Merlo, 2013). Son asociadas a menudo con el uso de un catéter uretral permanente. El tratamiento debe iniciarse con antibióticos de amplio espectro, y tratamiento antibiótico posterior basado en cultivo de orina con antibiograma. (MD, 2014).

2. **Enfermedad tromboembólica.** El riesgo de Trombosis Venosa Profunda es entre 3 y 5 veces superior que en el parto vaginal y el de Embolia Pulmonar, más de 10 veces (J. Gonzalez-Merlo, 2013). Se presenta típicamente con hipersensibilidad en la pierna, inflamación, cordón venoso palpable, o una prueba de Lowenberg positiva. Las guías de práctica del Colegio Americano de Médicos de Tórax dan las siguientes recomendaciones: **(Tabla 2)**. (MD, 2014):

Riesgo	Bajo	Moderado	Alto
Características	Parto por cesárea para embarazo sin complicaciones, y sin otro factor de riesgo.	• + 35 años. • IMC mayor de 30. • Paridad mayor de 3. • Venas varicosas gruesas. • Infección actual. • Inmovilidad en más de 4 días antes de la operación. • Enfermedad mayor actual. • Cesárea de emergencia durante el TDP.	• Presencia de más de 2 factores de riesgo moderado. • Histerectomía por cesárea. • TVP previo o trombofilia.
Tratamiento	Deambulaci3n temprana	Heparina de bajo peso molecular y medias de compresi3n.	Heparina de bajo peso molecular y medias de compresi3n.

Tabla 2. Clasificaci3n de riesgo de Trombosis Venosa Profunda.

3. **Íleo.** Algunos estudios mantienen que la primera cesárea aumenta la posibilidad de un déficit de vitamina D. (J. Gonzalez-Merlo, 2013). Se presenta con distensi3n abdominal, nausea, v3mitos y falta de expulsión de gases. El examen físico puede revelar la ausencia de ruidos intestinales. Los estudios radiográficos muestran asas distendidas de intestino delgado y grueso con gas que suelen estar presentes en el colon. Se suspende la ingesta oral a la espera del retorno de la funci3n intestinal, y proporcionar líquidos y electrolitos adecuados. (MD, 2014).

Complicaciones Postoperatorias Tardías

1. **Dehiscencia uterina y /o ruptura.** Son complicaciones poco comunes que se diagnostican durante un embarazo posterior.
2. **Placenta acreta.** Una de cada 4 pacientes que se someten a cesárea de repetici3n debido a placenta previa requiere una histerectomía obstétrica para la hemorragia causada por la placenta acreta.
3. **Cesárea de repetici3n.** Casi dos tercios de los pacientes serán sometidos cesárea en embarazos posteriores. Las cirugías repetitivas también pueden implicar adherencias y subfertilidad, síndromes de dolor cr3nico y la formaci3n de queloides.
4. **Cesárea Histerectomía.** Las indicaciones para la cesárea histerectomía, son la hemorragia uterina que no responden al tratamiento, laceraci3n del útero que daría lugar a una reparaci3n inestable, placenta acreta, laceraci3n de los vasos de la pelvis, miomas de gran tamaño y displasia avanzada de cuello uterino o carcinoma. Las complicaciones de la cesárea histerectomía son más comunes durante los procedimientos urgentes e incluyen una mayor p3rdida de sangre y tiempo de anestesia, adem3s de la infecci3n, la transfusi3n de sangre, y la esterilidad no planeada.

Complicaciones Fetales

El riesgo más importante del feto nacido por cesárea es la posibilidad de sufrir un cuadro de dificultad respiratoria o disneico. Este riesgo es significativamente superior al del feto en la misma edad gestacional nacido espontáneamente por vía vaginal. Son muy raros los otros riesgos fetales, como la posibilidad de lesionarlo al incidir el segmento inferior del útero y en la extracción a través de la apertura uterina, como fracturas de fémur y de húmero. (J. Gonzalez-Merlo, 2013).

4.9 Profilaxis Antibiótica

Cuando se realiza profilaxis antibiótica en la cesárea disminuye significativamente la tasa de infecciones, tanto en cesáreas electivas como en cesáreas que están precedidas de trabajo de parto. La ampicilina, las cefalosporinas de primera o segunda generación, Gentamicina, Cefuroxima y Cefazolina por vía sistémica o local, son los más recomendados. (J. Gonzalez-Merlo, 2013). Una sola dosis de una cefalosporina de primera generación o ampicilina es tan eficaz como otros tratamientos, incluyendo dosis múltiples o técnicas de lavado. (MD, 2014). No hay evidencia sobre si es mejor administrar los antibióticos preoperatoriamente o después de haber extraído el feto y pinzado el cordón umbilical, aunque este último proceder es el más utilizado. (J. Gonzalez-Merlo, 2013).

4.10 Cuidados Postoperatorios

Se recomiendan las siguientes indicaciones para evitar complicaciones y, en caso de que sucedan, hacer un diagnóstico precoz para iniciar el tratamiento adecuado:

1. Los signos vitales y el tono uterino cada hora por 4hrs, posteriormente cada 4hrs x 24hrs y luego cada 8hrs.
2. Masaje uterino con el mismo esquema anterior. Reportar loquios extras.
3. Entradas y salidas cada 4hrs x 24hrs.
4. Actividad física a tolerancia, deambular 3 veces al día.
5. Toser, respirar profundo e incentivar la espirometría cada hora cuando esté despierta.
6. Sonda Foley para cerrar el drenaje, discontinuar el catéter en la primera mañana del postoperatorio, o cuando se encuentre deambulando adecuadamente.
7. Dieta a tolerancia si no hay náusea.
8. Solución Ringer Lactato con dextrosa 5% con 20U de oxitocina/Lt a 125cc/hr, y luego sol. Ringer Lactato con dextrosa a 5% 125cc/hr. Cambiar catéter con heparina cuando la paciente tolere la vía oral.
9. Sulfato de morfina 2 a 8mg IV cada 2hrs según sea necesaria para el dolor.
10. Droperidol 1.25 a 5.0mg cada 4hrs IV, PRN náusea.
11. Oxycodona y acetaminofén una o dos cada tres a cuatro horas, PRN, después de que se tolere la vía oral.
12. Laboratorios: tomar Hgb, Hcto la mañana posterior a la cirugía.
13. Administrar RhoGAM si está indicado debido al Rh de la sangre del cordón del bebé.
14. Administrar vacuna contra la rubéola, hepatitis y DPT al alta si está indicado.

(MD, 2014).

5. Justificación

A mediados de los años ochenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso como estándar para los nacimientos por cesárea la cifra de 15%. A pesar de esta recomendación, los nacimientos quirúrgicos se han incrementado de manera notable en los últimos años en casi todos los países de ingresos altos y medios.

Son muchas las razones que se han esgrimido para explicar este exceso de cesáreas: la percepción que tienen los prestadores de que se trata de un procedimiento más seguro que el parto vaginal; la disminución de las habilidades obstétricas del personal encargado de la atención de los partos; la creciente edad de las madres; la mayor capacidad tecnológica para detectar sufrimiento fetal; la preferencia por este procedimiento que manifiestan ciertos sectores de la sociedad, y diversos incentivos económicos relacionados con los seguros privados.

El aumento de las cesáreas que no tienen justificación clínica preocupa a las autoridades sanitarias y a los prestadores de servicios de salud porque eleva los costos de la atención médica, y expone a la madre y al producto a riesgos innecesarios. (Esteban Puentes-Rosas, Octavio Gómez-Dantés, & Francisco Garrido-Latorre, 2004).

En nuestro estado y específicamente en el municipio de Mexicali no existen estudios recientes sobre la realización de cesáreas, se cuenta con información del porcentaje de cesáreas realizadas en el Hospital Materno-infantil que fue de 26.3% para 2005, incrementándose a 31.9% para 2011 según cifras del programa INDICAS II. La justificación radica en que el CAAPS es un organismo dependiente de dicha institución y hasta el momento no se cuenta con cifras comparativas de nuestra labor, sirviendo como antecedente para futuras investigaciones al respecto; Además, el continuo aumento en el uso de cesárea en nuestro país, enfatiza la necesidad de realizar estudios adicionales para revisar los criterios bajo los cuales se llevan a cabo dichos procedimientos, con el propósito de lograr que toda cesárea realizada se justifique por el bienestar y la salud de madre e hijo.

6. Objetivo General

Determinar el porcentaje de Incidencia de Cesárea en el Centro de Atención Avanzada Primaria a la Salud (CAAPS) Guadalupe Victoria, en el período del 2008 al 2014 así como sus indicaciones.

7. Objetivos Específicos

1. Determinar las indicaciones que se presentan con mayor frecuencia en nacimientos por cesárea.
2. Implementar basado en la incidencia de indicaciones, una capacitación pertinente del personal del CAAPS Guadalupe Victoria.
3. Evaluar la tendencia de nacimientos por cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria.

8. Materiales y Métodos

8.1 Diseño del Estudio

Estudio observacional, retrospectivo, longitudinal, descriptivo, de tipo censo. Realizándose descripción de porcentajes de población y frecuencias absolutas de indicaciones.

8.2 Población y Muestra

Todas las cesáreas realizadas en CAAPS Guadalupe Victoria en turno matutino y vespertino del 2008 al 2014.

8.3 Instrumento de estudio:

Se utilizaron fichas de enfermería realizadas en el área de quirófano, en donde se anotan los datos generales de la paciente como nombre y edad, incluyendo número de expediente, así como el diagnóstico preoperatorio, la cirugía realizada, el cirujano que lo realizó, el primer y 2do ayudante, así como el anestesiólogo y el nombre del enfermero que estuvo a cargo del llenado de la ficha.

8.4 Criterio de inclusión

- Pacientes embarazadas a las que se les realizó cesárea en CAAPS Guadalupe Victoria del 2008 al 2014.
- Cesáreas de Urgencia o programadas.

8.5 Criterio de exclusión

- Pacientes embarazadas con terminación del embarazo por parto o aborto.
- Cesáreas programadas que culminaron su embarazo en parto.
- Paciente con embarazo pretérmino con trabajo de parto.
- Paciente con ruptura prematura de membrana pretérmino.
- Pacientes con embarazo con producto malformado.
- Pacientes embarazadas con alteraciones hematológicas.

8.6 Criterios de eliminación

- Pacientes a las que se les realizó cesárea, que en la hoja de enfermería se encuentran sin diagnóstico.
- Pacientes en las que el diagnóstico en la ficha de enfermería figure únicamente como embarazo a término, sin más especificación.

8.7 Operacionalización de las variables. (Tabla 3)

Variable	Dimensiones	Indicadores
Indicación	Trazo de categoría III de MFE	Estos trazados son claramente anormales y predictivos de la condición de pH fetal anormal. Requieren una pronta evaluación y planear el nacimiento en forma inmediata ya sea por parto vaginal instrumentado o cesárea, incluyen: • Patrón sinusoidal • La variabilidad de la FCF ausente con cualquiera de los siguientes: - Desaceleración tardías recurrentes - Desaceleraciones variables recurrentes - Bradicardia
	Embarazo Gemelar	Desarrollo simultáneo de dos embriones dentro de una misma gestación. Se clasifican según el genotipo en monocigóticos o univitelinos (idénticos),

		y bicigóticos (no-idénticos o fraternos); o según su placentación en monocoriales (una placenta) o bicoriales (dos placentas); Sin embargo, desde el punto de vista ecográfico y clínico se distinguen tres tipos: Bicoriónicos-Biamnióticos Monocoriónicos-Monoamnióticos y Monocoriónicos-Diamnióticos.
	Producto macrosómico	Peso al nacimiento de 4.000 – 4.500 Kg o por el peso al nacimiento en relación a la edad gestacional por encima de P90; además se propone considerar el índice ponderal como parámetro, ya que ayuda a diferenciar a los recién nacidos constitucionalmente grandes, armónicos y con parámetros biológicos similares a los de un recién nacido de peso adecuado, de aquellos neonatos con macrosomía dismórfica, un fenotipo metabólico distinto y un mayor riesgo de complicaciones perinatales en macrosómicos armónicos/simétricos: IP debajo P90 y Macrosómicos disarmónicos/asimétricos: IP arriba P90.
	Enfermedad Hipertensiva del Embarazo	El diagnóstico de hipertensión durante el embarazo se establece con una tensión arterial de +140/90mmHg a las 20SDG o más o en las primeras 6 semanas postparto sin proteinuria.
	Preeclampsia	Presencia de proteinuria (0.3g o más de una colección de orina de 24hrs) en mujeres con hipertensión gestacional. Preeclampsia leve: PA +140/90mmHg en mujeres previamente normotensas, en dos tomas con diferencia de 2hrs; además de la presencia de proteinuria +300mg/dL (+) en dos tomas al azar con diferencia de 6hrs. Preeclampsia severa: PA +160/110mmHg en al menos dos determinaciones con 6hrs de diferencia. Con proteinuria de 5g o más en una colección de orina de 24hrs.
	Condilomatosis	Verruga genital, estas lesiones pueden ser asintomáticas o sintomáticas (prurito, descarga vaginal, sangrado, síntomas obstructivos en uretra, vagina o

		recto y dispareunia). Existen los siguientes tipos de condilomas: a) Acuminado clásico (coliflor). b) Queratinizante con superficie rugosa. c) Micropapular. d) Planas. Son causadas por los tipos de VPH no oncogénicos (6 y 11), estas pueden tener una rápida proliferación durante el embarazo en respuesta a los cambios hormonales, conduciendo a síntomas locales y en raras ocasiones causan papilomatosis laríngea en los infantes.
	Desproporción Céfalo-Pélvica	Imposibilidad del parto por vía vaginal, cuando el conducto pélvico es insuficiente para permitir el paso del feto ya sea por disminución de las dimensiones de la pelvis en relación a un determinado feto o bien porque el volumen parcial o total del feto resulte excesivo para una determinada pelvis. Es decir, hay una pérdida de la relación armoniosa feto-pélvica.
	Oligohidramnios	Volumen de L.A (líquido amniótico) < 500 cc entre las semanas 32 y 36.
	Ruptura prematura de Membranas	Es la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares en embarazos mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 hrs. antes del inicio del trabajo de parto.
	Presentación Pélvica	Es una presentación en la que la pelvis del feto en situación longitudinal está en contacto con el estrecho superior de la pelvis materna. También recibe el nombre de presentación podálica o de nalgas.
	Cesárea Previa	Nacimiento del producto anterior por cesárea, se recomienda un mínimo de 12 meses después de la cesárea antes de nueva gestación por aumento en el

		riesgo de ruptura uterina de aproximadamente el 0,5%. Se recomienda cesárea con cesárea previa si: • Hay antecedentes de cesárea previa tipo segmento-corporal, corporal o presencia de otras cirugías uterinas. • Antecedente de cesárea previa reciente (menor a 6 meses). • Antecedentes de ruptura uterina o dehiscencia de histerorrafia.
	Cesárea Iterativa	Presencia de más de 2 cesáreas anteriores, por riesgo de ruptura uterina de 1.7%.
	Producto Post-término	Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.
	Falta de progresión del Trabajo de Parto	Falta de progresión de modificaciones cervicales durante 2 horas. Detención de la 1ra etapa: 6cm o más de dilatación con ruptura de membranas y sin cambio cervical por 4hrs o más de contracciones adecuadas (+200UM) o 6hrs o más de contracciones. Detención de la 2da etapa: sin avances (descenso o rotación) por: 4hrs o más en nulíparas con epidural. 3hrs o más en nulíparas sin epidural. 3hrs o más en multíparas con epidural. 2hrs o más en multíparas sin epidural.
	Periodo intergenésico corto	Intervalo de tiempo menor a 2 años después de su último evento obstétrico.

Tabla 3. Operacionalización de las variables.

8.8 Análisis Estadístico

8.8.1 Año 2008

Durante el año 2008 se llevaron a cabo un total de **65** procedimientos por cesárea (**Tabla 4**), presentándose un caso con doble diagnóstico (Trazos de Categoría III de MFE y Ruptura prematura de membranas). Se observó la siguiente distribución (**Gráfico 1**):

Diagnóstico	Frecuencia
Trazos de Categoría III de MFE	59
Embarazo Gemelar	1
Condilomatosis	1
Desproporción Céfalo-Pélvica	1
Oligohidramnios	1
Ruptura Prematura de Membranas	1
Cesárea Previa	1
Falta de progresión del Trabajo de Parto	1
Total	66

Tabla 4. Indicaciones de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria año 2008.

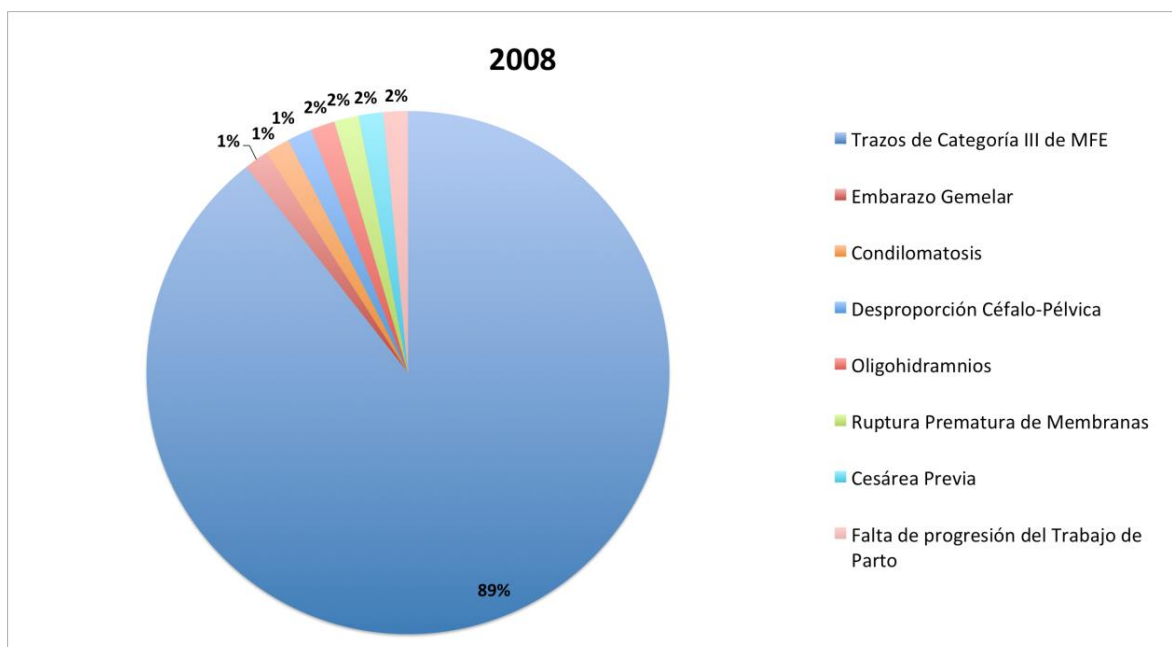


Gráfico 1. Distribución de indicaciones de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria año 2008.

8.8.2 Año 2009

Durante el año 2009 se llevaron a cabo un total de **38** procedimientos por cesárea (**Tabla 5**), sin presentarse casos con diagnóstico múltiple. Mostrando la siguiente distribución (**Gráfico 2**):

Dx	Casos
Trazos de Categoría III de MFE	30
Enfermedad Hipertensiva del Embarazo	2
Preeclampsia	1
Ruptura Prematura de Membranas	2
Presentación Pélvica	1
Cesárea Iterativa	1
Falta de progresión del Trabajo de Parto	1
Total	38

Tabla 5. Indicaciones de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria año 2009.

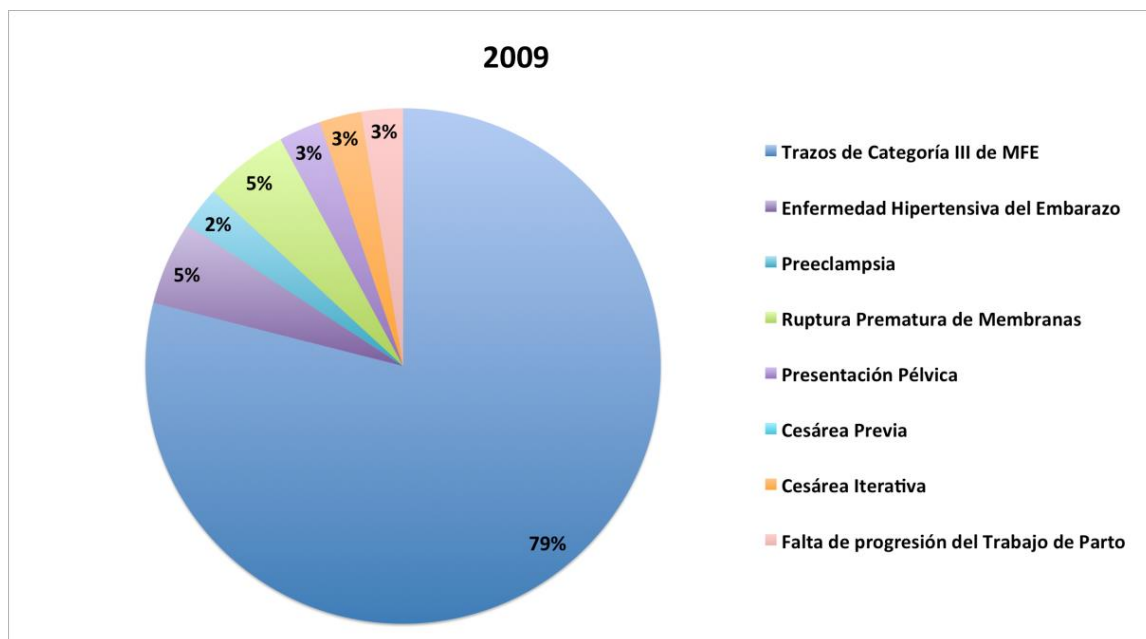


Gráfico 2. Distribución de indicaciones de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria año 2009.

8.8.3 Año 2010

Durante el año 2010 se llevaron a cabo un total de **63** procedimientos por cesárea (Tabla 6), presentándose 5 casos con diagnóstico múltiple, 4 con diagnóstico doble:

- Presentación pélvica y Producto post-Término.
- Trazos de Categoría III de MFE y Desproporción Céfalopélvica.
- Producto macrosómico y Presentación pélvica.
- Desproporción Céfalopélvica y Cesárea Previa.

Un caso con triple diagnóstico presentó:

- Trazos de Categoría III de MFE, Cesárea Iterativa y Producto post-Término.

Se observó la siguiente distribución (Gráfico 3):

Dx	2010
Trazos de Categoría III de MFE	44
Producto Macrosómico	2
Enfermedad Hipertensiva del Embarazo	2
Condilomatosis	1
Desproporción Céfalopélvica	4
Ruptura Prematura de Membranas	2
Presentación Pélvica	4
Cesárea Previa	3
Cesárea Iterativa	2
Producto post-Término	3
Periodo Intergenésico Corto	2
Total	69

Tabla 6. Indicaciones de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria año 2010.

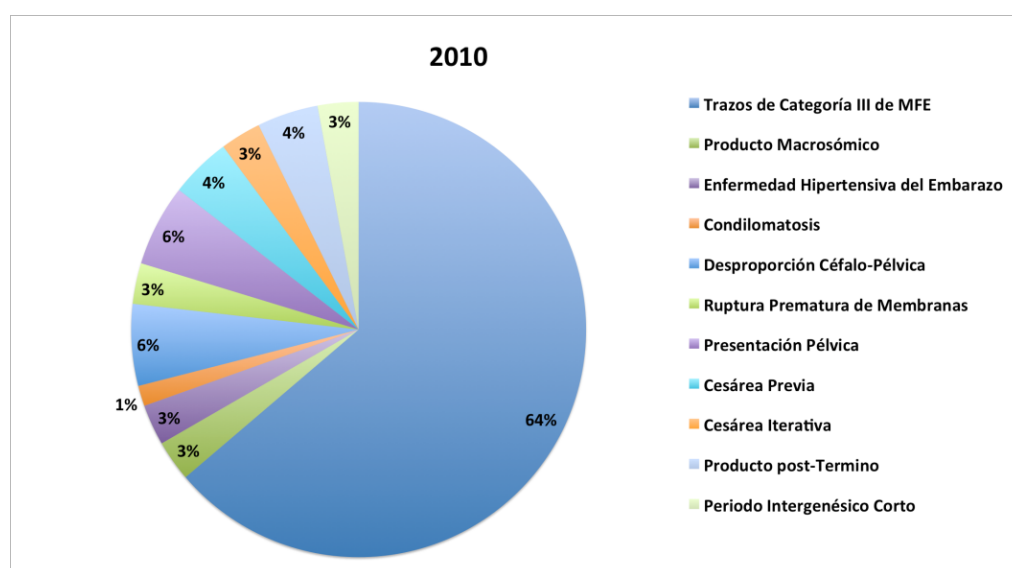


Gráfico 3. Distribución de indicaciones de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria año 2010.

8.8.4 Año 2011

Durante el año 2011 se llevaron a cabo un total de **29** procedimientos por cesárea (**Tabla 7**), presentándose 2 casos con diagnóstico doble. Mostrando la siguiente distribución (**Gráfico 4**):

- Trazos de Categoría III de MFE y Cesárea Previa.
- Cesárea Previa y Producto post-Término.

Dx	2011
Trazos de Categoría III de MFE	13
Desproporción Céfalo-Pélvica	2
Oligohidramnios	1
Presentación Pélvica	4
Cesárea Previa	3
Cesárea Iterativa	1
Producto post-Término	4
Periodo Intergenésico Corto	3
Total	31

Tabla 7. Indicaciones de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria año 2011.

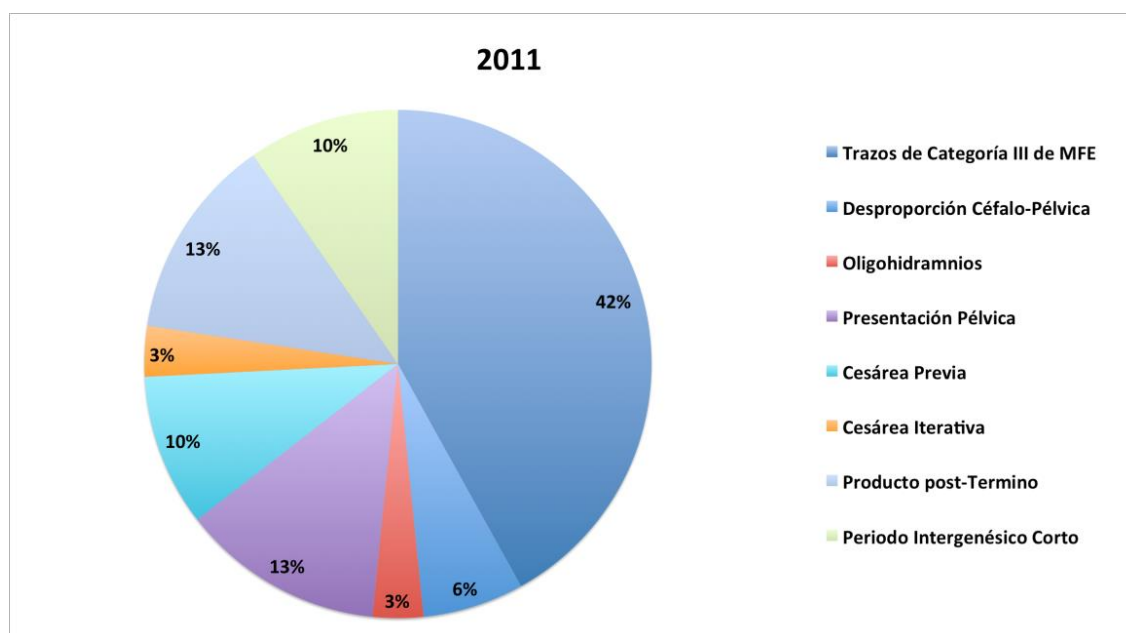


Gráfico 4. Distribución de indicaciones de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria año 2011.

8.8.5 Año 2012

Durante el año 2012 se llevaron a cabo un total de **50** procedimientos por cesárea (**Tabla 8**), presentándose 2 casos con diagnóstico doble, ambos pacientes presentaron el mismo cuadro: Cesárea Previa y Período Intergenésico Corto. Mostrando la siguiente distribución (**Gráfico 5**):

Dx	2012
Trazos de Categoría III de MFE	33
Embarazo Gemelar	1
Preeclampsia	2
Desproporción Céfalo-Pélvica	4
Oligohidramnios	1
Ruptura Prematura de Membranas	1
Cesárea Previa	3
Cesárea Iterativa	2
Producto post-Término	1
Período Intergenésico Corto	4
Total	52

Tabla 8. Indicaciones de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria año 2012.

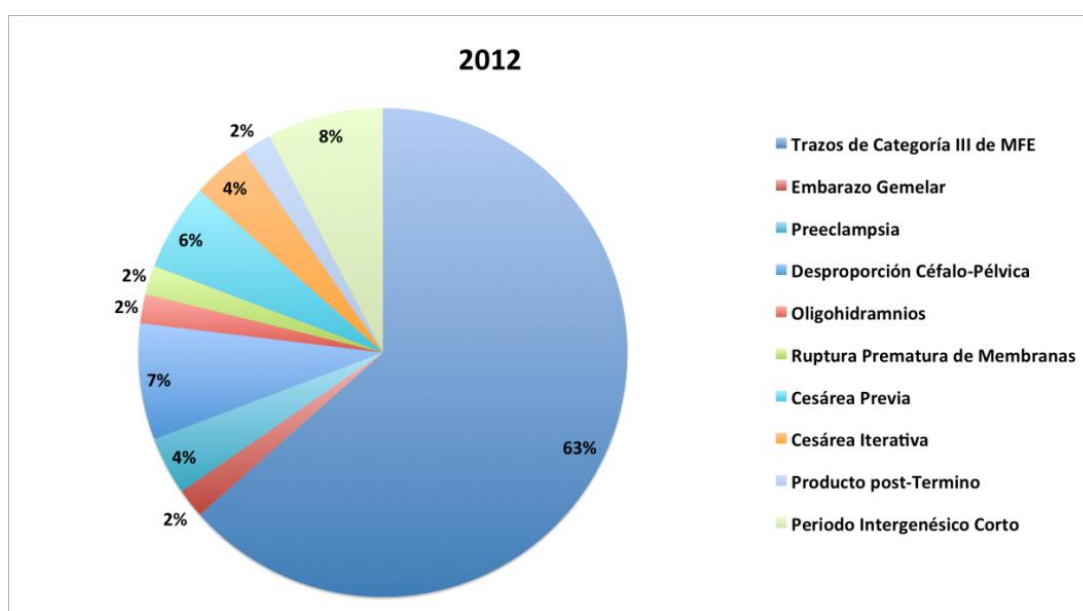


Gráfico 5. Distribución de indicaciones de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria año 2012.

8.8.6 Año 2013

Durante el año 2013 se llevaron a cabo un total de **46** procedimientos por cesárea (**Tabla 9**), presentándose 2 casos con diagnóstico doble. Mostrando la siguiente distribución (**Gráfico 6**):

- Presentación Pélvica y Periodo Intergenésico Corto.
- Trazos de Categoría III de MFE y Periodo Intergenésico Corto.

Dx	2013
Trazos de Categoría III de MFE	25
Enfermedad Hipertensiva del Embarazo	1
Condilomatosis	1
Desproporción Céfalopélvica	2
Oligohidramnios	1
Ruptura Prematura de Membranas	1
Presentación Pélvica	1
Cesárea Previa	5
Cesárea Iterativa	2
Producto post-Término	3
Falta de progresión del Trabajo de Parto	1
Periodo Intergenésico Corto	5
Total	48

Tabla 9. Indicaciones de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria año 2013.

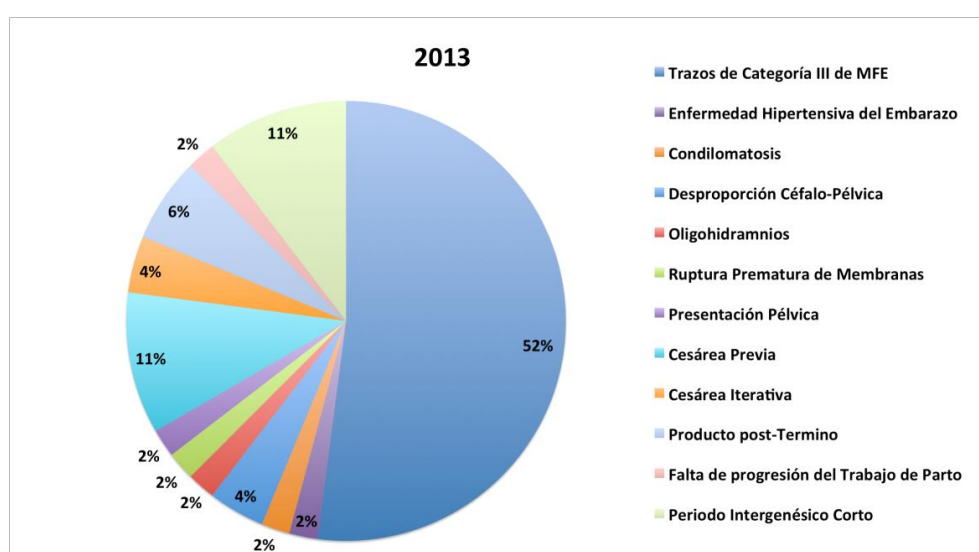


Gráfico 6. Distribución de indicaciones de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria año 2013.

8.8.7 Año 2014

Durante el año 2014 se llevaron a cabo un total de **35** procedimientos por cesárea (**Tabla 10**), presentándose 2 casos con diagnóstico doble. Mostrando la siguiente distribución (**Gráfico 7**):

- Trazos de Categoría III de MFE y Periodo Intergenésico Corto;
- Trazos de Categoría III de MFE y Desproporción Céfalopélvica.

Dx	2014
Trazos de Categoría III de MFE	21
Enfermedad Hipertensiva del Embarazo	1
Desproporción Céfalopélvica	3
Ruptura Prematura de Membranas	3
Cesárea Previa	3
Cesárea Iterativa	2
Producto post-Término	2
Periodo Intergenésico Corto	1
Total	36

Tabla 10. Indicaciones de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria año 2014.

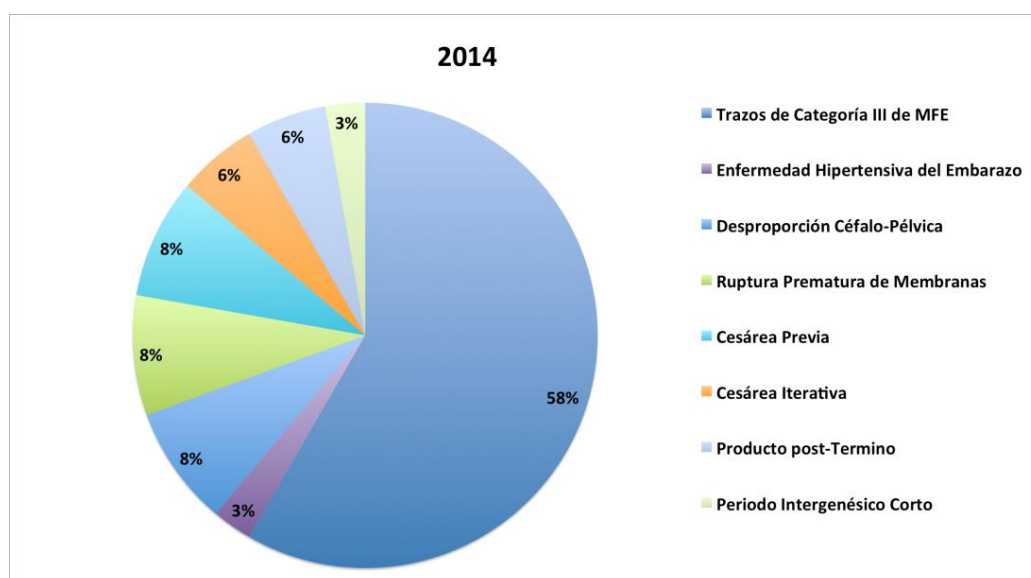


Gráfico 7. Distribución de indicaciones de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria año 2014.

8.8.8 Acumulado 2008-2014

Durante el periodo 2008-2014 se atendieron un total de **326** cesáreas, con **340** diagnósticos diferentes (Tabla 11), presentándose un total de 13 casos con diagnóstico múltiple, de los cuales 11 fueron diagnósticos dobles y un diagnóstico triple. Mostrando la siguiente distribución (**Gráfico 8**):

Dx	2008-2014
Trazos de Categoría III de MFE	225
Embarazo Gemelar	2
Producto Macrosómico	2
Enfermedad Hipertensiva del Embarazo	6
Preeclampsia	3
Condilomatosis	3
Desproporción Céfalo-Pélvica	16
Oligohidramnios	4
Ruptura Prematura de Membranas	10
Presentación Pélvica	10
Cesárea Previa	18
Cesárea Iterativa	10
Producto post-Término	13
Falta de progresión del Trabajo de Parto	3
Periodo Intergenésico Corto	15
Total	340

Tabla 11. Acumulado de Indicaciones de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria del 2008 al 2014.

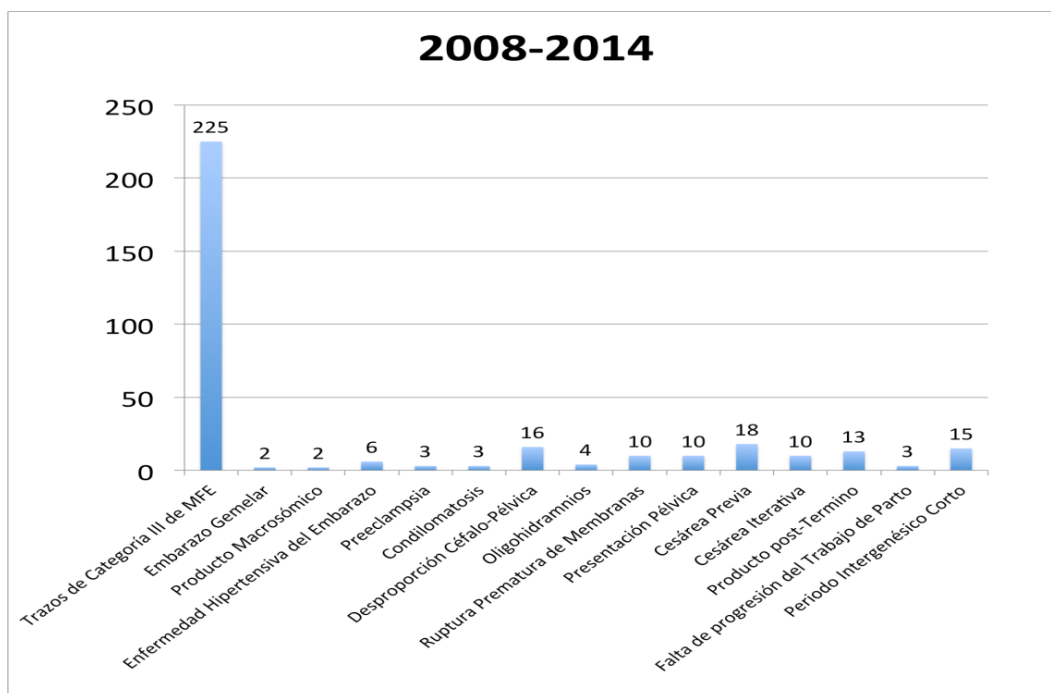


Gráfico 8. Total de indicaciones de cesáreas realizadas del 2008 al 2014.

8.9 Aspectos Éticos

Debido a que se realizó un estudio retrospectivo y observacional de tipo censo, no consideramos que existan aspectos éticos, debido a que el estudio fue únicamente estadístico. Los procedimientos ya se habían realizado y no se modificó ninguna de las variables.

9. Resultados

En el Centro de Atención Avanzada Primaria a la Salud (CAAPS) Guadalupe Victoria, perteneciente a ISESALUD, durante el periodo comprendido de Enero de 2008 a Octubre de 2014, se llevaron a cabo 1,803 nacimientos, de los cuales 1,477 fueron partos eutócicos y 326 cesáreas (Tabla 12), según cifras recabadas de fichas de de control de pacientes del libro de procedimientos quirúrgicos del área de quirófano, obteniendo los siguientes resultados:

Durante el periodo comprendido de Enero del 2008 a Octubre del 2014 se observó una incidencia de cesáreas de 18% (Gráfico 9):

	Nacimientos	%
Eutócias	1477	81.919024
Cesáreas	326	18.080976
Total	1803	100

Tabla 12. Total de Nacimientos y porcentajes en CAAPS Guadalupe Victoria del 2008 al 2014.

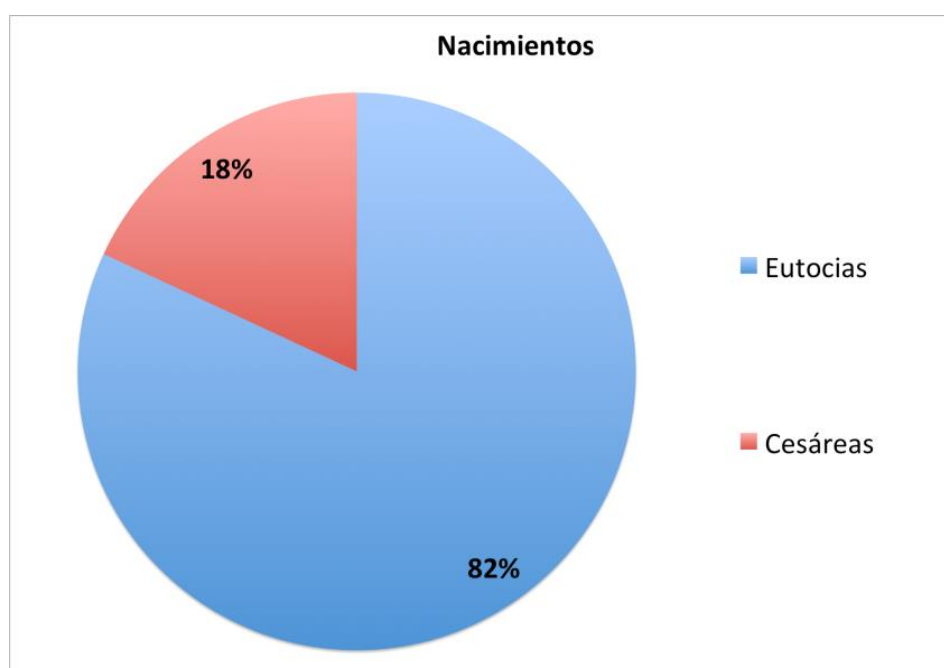


Gráfico 9. Incidencia de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria del 2008 al 2014.

El porcentaje de las cesáreas realizadas por año fue el siguiente (**Gráfico 10**):

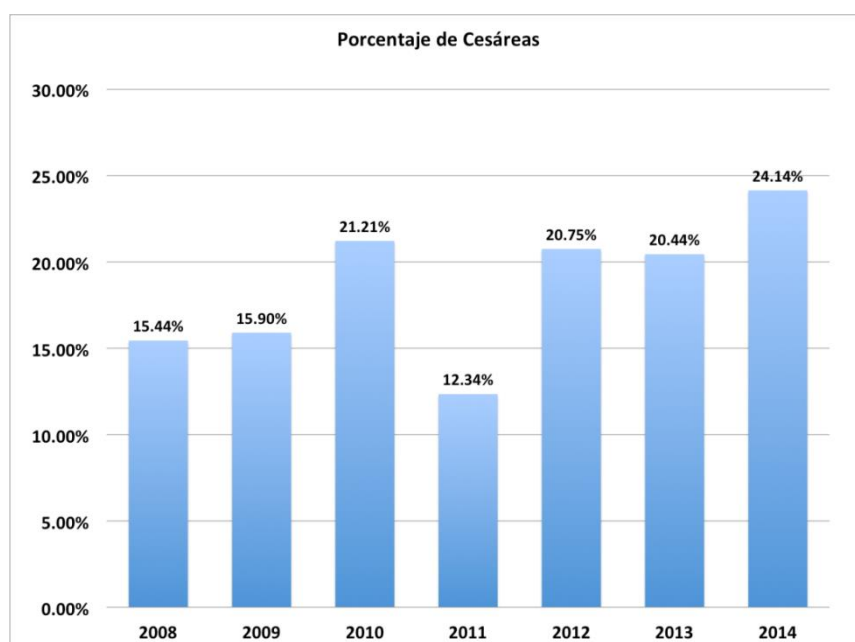


Gráfico 10. Distribución de porcentajes de cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria por año.

La indicación que se presentó con mayor frecuencia fue el Trazado categoría III con un total de 225 nacimientos, correspondiente al 66% (**Gráfico 11**).

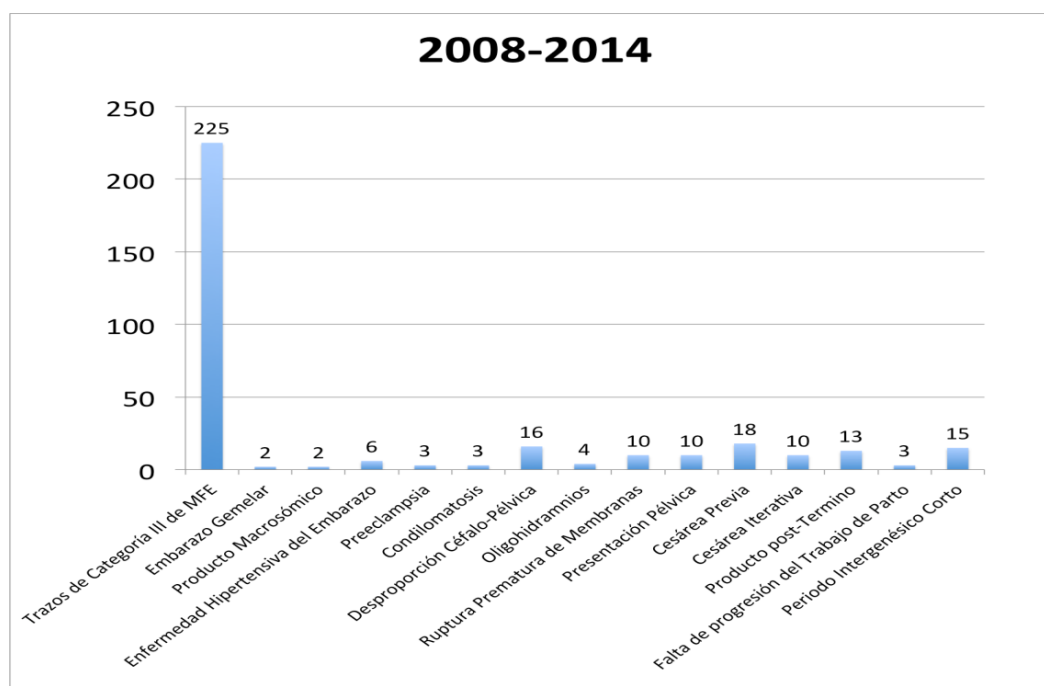


Gráfico 11. Indicación que se presentó con mayor frecuencia en CAAPS Guadalupe Victoria en el periodo del 2008 al 2014.

Se observó una tendencia de ascenso en los nacimientos realizados por cesárea de 1.5% anual (Gráfico 12).

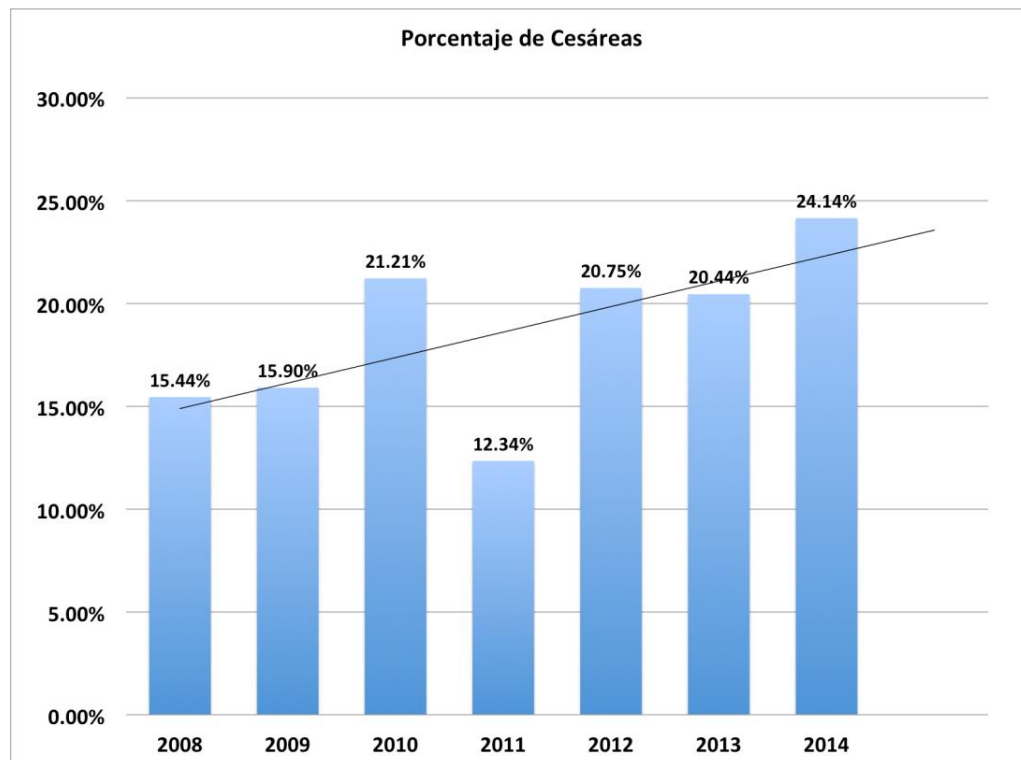


Gráfico 12. Tendencia de nacimientos por cesárea en CAAPS Guadalupe Victoria del 2008 al 2014.

10. Discusión

Se obtuvieron cifras reportadas en la Jurisdicción de Servicios de Salud Mexicali, en las que constan 306 cesáreas realizadas de 2008 a 2014 con 20.1% del total de nacimientos. Esta disparidad podría radicar en la falta de reporte en las hojas de hospitalización. En las cifras obtenidas en las fichas de enfermería constan cada uno de los procedimientos que ingresa a quirófano, sin embargo el reporte de las hojas de hospitalización se realizan al realizar el alta de las paciente, sin tener control alguno de las indicaciones o el motivo por el cual estuvo hospitalizado dicho paciente.

Al realizar la recopilación de las cesáreas realizadas, así como sus indicaciones, se encontró que algunas pacientes anotadas en dichas hojas no se especificó el motivo de la cesárea, encontrándose únicamente la leyenda Embarazo a termino en el apartado de diagnóstico preoperatorio, sin más especificación, hecho que es de gran relevancia ya que de esta forma se justifica la práctica de dicha cirugía, y ver cuál es el beneficio que obtendrá el binomio.

Se observó una disminución en la realización de cesáreas en el año 2011, con 29 procedimientos. Esto debido a la falta de Médico anesthesiólogo en un periodo de más de 6 meses durante ese año. Mostrando un ascenso para 2012, realizándose 50 nacimientos por cesárea.

El instrumento de validación que se utilizó fue la ficha de procedimientos quirúrgicos del quirófano 1, en el cual se anotan los diagnósticos por los cuales se justifica la realización de cesáreas. El total de procedimientos quirúrgicos corresponden a 326 cesáreas realizadas de Enero de 2008 a Octubre de 2014, justificándose por 340 diagnósticos diferentes, ya que en 11 ocasiones se dieron casos de doble diagnóstico y en una ocasión un triple diagnóstico para un mismo procedimiento. En la distribución de gráficas, se aprecian estos 340 diagnósticos, sin dejar de lado que no representan al total de procedimientos quirúrgicos realizados.

11. Conclusiones

El uso de la cesárea como método alternativo de nacimiento al parto es sin duda un avance científico que permitió en su momento disminuir la tasa de mortalidad materna y fetal; Sin embargo, en los últimos años el abuso de la misma trae consigo múltiples complicaciones que ponen en riesgo innecesario tanto a la madre como al producto aumentando así la morbi-mortalidad.

Es debido a esto que dicho procedimiento está bajo el escrutinio de las autoridades sanitarias, para que los profesionales de la salud se apeguen a las normativas y se realice única y exclusivamente cuando el parto natural es imposible de llevar, y con apego a las indicaciones ya sean absolutas o relativas que justifiquen dicho procedimiento.

En el Centro de Atención Avanzada Primaria a la Salud (CAAPS) Guadalupe Victoria durante período de 2008 a 2014, se realizaron un total de 326 cesáreas, correspondientes al 18% del total de nacimientos, esto contrastando con el 15% recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los procedimientos realizados se justificaron por 15 diferentes indicaciones para realización de cesárea. La indicación que se presentó con mayor frecuencia fue el Trazado categoría III con un 66%, y se observó una tendencia de ascenso en la realización de los procedimientos de 1.5% anual, observándose una concordancia con lo visto en los últimos años en México y el resto del mundo.

12. Recomendaciones

- Capacitar a personal médico y de enfermería sobre los nuevos lineamientos de trazado tococardiográfico.
- Dar capacitación al personal para poder reconocer los embarazos de alto riesgo, así como las condiciones que coloquen en riesgo al binomio.
- Definir claramente en las historias clínicas, notas de urgencia, así como hojas de quirófano de enfermería la indicación por la cual se realiza cesárea.
- Establecer el uso de normativas y/o guías de manejo institucional, con el fin de justificar los diagnósticos operatorios y disminuir el número de cesáreas.
- Mejorar la calidad de la Atención Prenatal para que las pacientes sean programadas de forma electiva, con la finalidad de disminuir la alta incidencia de cesáreas de emergencia por Trazado categoría III.
- Instruir y alentar a los médicos generales a explicarles de forma clara y oportuna a las pacientes embarazadas, el riesgo y consecuencias que amerita una cesárea, así como los beneficios del parto.
- Coordinar oportunamente con los centros periféricos para que se derive con anticipación a las pacientes que presenten alguna complicación obstétrica a valoración oportuna por el servicio de Ginecología y Obstetricia con el objetivo de evitar eventuales emergencias.
- Orientar a las pacientes sobre los datos de alarma obstétricos, para acudir oportunamente a un servicio de urgencias.

13. Bibliografía

- E, A. (01 de Abril de 2009). *BSR Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*. Recuperado el 18 de Noviembre de 2014.
http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004663_abalose_com/es/.
- Esteban Puentes-Rosas, M., Octavio Gómez-Dantés, M. M., & Francisco Garrido-Latorre, M. D. (01 de Enero/Febrero de 2004). *Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados*. Mexico, Cuernavaca, Mexico.
- J. Gonzalez-Merio, J. L. (2013). *Obstetricia*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Juan Aller, J. M.-I.-R. (s.f.). *Obstetricia Moderna*. En D. G. Dr. Juan Aller, *Obstetricia Moderna* (págs. 572-573). Venezuela: McGraw-Hill Interoamericana.
- Liñan, E. M. (01 de Enero-Diciembre de 2014). *Cybertesis*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2014.
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3512/3/galvez_le.pdf.
- MD, L. L. (2014). *Apoyo Vital Avanzado en Obstetricia*. Mexico.
- Pinto, S. E., Gavilán, A. V., & Miño, L. C. (1 de Junio de 2011). *Incidencias e indicaciones de cesareas*. Argentina.
- Santaaulalia, I. (15 de Mayo de 2013). *El Pais*. Recuperado el 17 de Noviembre de 2014.
http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/03/15/actualidad/1363388139_662271.html.

14. Anexos

14.1 Índice de Tablas y Gráficos

14.1.1 Índice de Tablas

1. Indicaciones de Cesáreas.....	6
2. Clasificación de Riesgo de Trombosis Venosa Profunda	8
3. Operacionalización de las Variables.....	12
4. Indicaciones de Cesárea en CAAPS Guadalupe Victoria año 2008.....	16
5. Indicaciones de Cesárea en CAAPS Guadalupe Victoria año 2009.....	17
6. Indicaciones de Cesárea en CAAPS Guadalupe Victoria año 2010.....	18
7. Indicaciones de Cesárea en CAAPS Guadalupe Victoria año 2011.....	19
8. Indicaciones de Cesárea en CAAPS Guadalupe Victoria año 2012.....	20
9. Indicaciones de Cesárea en CAAPS Guadalupe Victoria año 2013.....	21
10. Indicaciones de Cesárea en CAAPS Guadalupe Victoria año 2014.....	22
11. Acumulado de indicaciones de cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria de 2008-2014.....	23
12. Total de Nacimientos y Porcentajes en CAAPS Guadalupe Victoria de 2008 a 2014.....	24

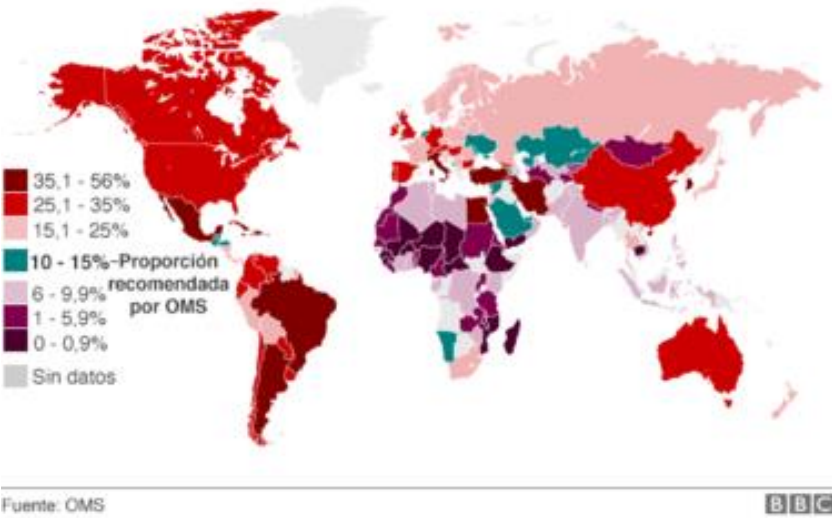
14.1.2 Índice de Gráficos

1. Distribución de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria año 2008.....	16
2. Distribución de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria año 2009.....	17
3. Distribución de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria año 2010.....	18
4. Distribución de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria año 2011.....	19
5. Distribución de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria año 2012.....	20
6. Distribución de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria año 2013.....	21
7. Distribución de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria año 2014.....	22
8. Total de Indicaciones de Cesáreas realizadas en CAAPS Guadalupe Victoria de 2008 a 2014.....	23

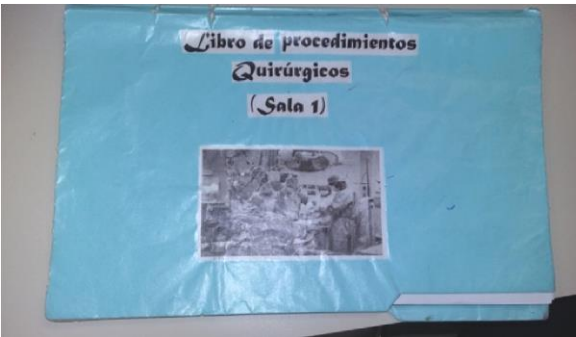
9. Incidencia de cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria de 2008 a 2014.....	24
10. Distribución de porcentajes de Cesáreas en CAAPS Guadalupe Victoria por año.....	25
11. Indicación que se presentó con mayor frecuencia en CAAPS Guadalupe Victoria de 2008 a 2014.....	25
12. tendencia de nacimientos por Cesárea en CAAPS Guadalupe Victoria de 2008 a 2014.....	26

14.2 Tablas y Graficas

Porcentaje de cesáreas por países



Porcentaje de Cesáreas por países, OMS.



FECHA	NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	SEXO	DIAGNÓSTICO	TIPO DE CIRUGÍA	TIPO DE ANESTESIA	TIPO DE INCISIÓN	TIPO DE SUTURA	TIPO DE DRENAJE	TIPO DE CUIDADO	TIPO DE MONITORIA
10/01/14	María José	35	F	Embarazo	Cesárea	General	Incisión	Sutura	Drenaje	Cuidado	Monitoria
11/01/14	María José	35	F	Embarazo	Cesárea	General	Incisión	Sutura	Drenaje	Cuidado	Monitoria
12/01/14	María José	35	F	Embarazo	Cesárea	General	Incisión	Sutura	Drenaje	Cuidado	Monitoria
13/01/14	María José	35	F	Embarazo	Cesárea	General	Incisión	Sutura	Drenaje	Cuidado	Monitoria
14/01/14	María José	35	F	Embarazo	Cesárea	General	Incisión	Sutura	Drenaje	Cuidado	Monitoria
15/01/14	María José	35	F	Embarazo	Cesárea	General	Incisión	Sutura	Drenaje	Cuidado	Monitoria
16/01/14	María José	35	F	Embarazo	Cesárea	General	Incisión	Sutura	Drenaje	Cuidado	Monitoria
17/01/14	María José	35	F	Embarazo	Cesárea	General	Incisión	Sutura	Drenaje	Cuidado	Monitoria
18/01/14	María José	35	F	Embarazo	Cesárea	General	Incisión	Sutura	Drenaje	Cuidado	Monitoria
19/01/14	María José	35	F	Embarazo	Cesárea	General	Incisión	Sutura	Drenaje	Cuidado	Monitoria
20/01/14	María José	35	F	Embarazo	Cesárea	General	Incisión	Sutura	Drenaje	Cuidado	Monitoria
21/01/14	María José	35	F	Embarazo	Cesárea	General	Incisión	Sutura	Drenaje	Cuidado	Monitoria
22/01/14	María José	35	F	Embarazo	Cesárea	General	Incisión	Sutura	Drenaje	Cuidado	Monitoria
23/01/14	María José	35	F	Embarazo	Cesárea	General	Incisión	Sutura	Drenaje	Cuidado	Monitoria
24/01/14	María José	35	F	Embarazo	Cesárea	General	Incisión	Sutura	Drenaje	Cuidado	Monitoria
25/01/14	María José	35	F	Embarazo	Cesárea	General	Incisión	Sutura	Drenaje	Cuidado	Monitoria
26/01/14	María José	35	F	Embarazo	Cesárea	General	Incisión	Sutura	Drenaje	Cuidado	Monitoria
27/01/14	María José	35	F	Embarazo	Cesárea	General	Incisión	Sutura	Drenaje	Cuidado	Monitoria
28/01/14	María José	35	F	Embarazo	Cesárea	General	Incisión	Sutura	Drenaje	Cuidado	Monitoria
29/01/14	María José	35	F	Embarazo	Cesárea	General	Incisión	Sutura	Drenaje	Cuidado	Monitoria
30/01/14	María José	35	F	Embarazo	Cesárea	General	Incisión	Sutura	Drenaje	Cuidado	Monitoria
31/01/14	María José	35	F	Embarazo	Cesárea	General	Incisión	Sutura	Drenaje	Cuidado	Monitoria

Fichas de Enfermería, obtenidas del libro de Procedimientos Quirúrgicos.

