



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE PUEBLA**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN ESTATAL DE CHIAPAS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11



**CONGRUENCIA CLÍNICA DIAGNÓSTICA EN
INDICACIONES DE CESÁREAS REALIZADAS EN
EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1, DE
TAPACHULA, CHIAPAS CON BASE EN LA GUÍA
DE PRÁCTICA CLÍNICA 048-08**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. EDITH BELÉN RAMÍREZ LIZAMA

b_rale@hotmail.com

TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ, CHIAPAS, FEBRERO 2015



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE PUEBLA**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN ESTATAL DE CHIAPAS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11



**CONGRUENCIA CLÍNICA DIAGNÓSTICA EN
INDICACIONES DE CESÁREAS REALIZADAS EN
EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1, DE
TAPACHULA, CHIAPAS CON BASE EN LA GUÍA
DE PRÁCTICA CLÍNICA 048-08**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. EDITH BELÉN RAMÍREZ LIZAMA

Asesor Metodológico:

Dr. Jorge Armando Quezada Rodríguez
Médico Familiar
Adscrito al HGZ N° 1 Tapachula, Chiapas
quezada.6@hotmail.co

Asesor de contenido:

Dr. Freddy Nicolás Manzo Martínez
Médico No Familiar, Gineco-obstetra
Adscrito al HGZ N°1 Tapachula, Chiapas
kruger_23@hotmail.com

TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ, CHIAPAS, FEBRERO 2015



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN ESTATAL DE CHIAPAS

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11



CONGRUENCIA CLÍNICA DIAGNÓSTICA EN INDICACIONES DE CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1, DE TAPACHULA, CHIAPAS CON BASE EN LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA 048-08

INVESTIGADOR:

DRA. EDITH BELÉN RAMÍREZ LIZAMA
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO EN MEDICINA FAMILIAR
U.M.F. 11
b_rale@hotmail.com
Tel.: 9621212669



COORDINACIÓN
DELEGACIONAL DE
INVESTIGACIÓN
EN SALUD
CHIAPAS

AUTORIZACIONES



COORDINACIÓN
DELEGACIONAL DE
EDUCACIÓN
EN SALUD
CHIAPAS.

Dr. Héctor A. Rincón León
Coordinador Médico de Investigación
En Salud, Delegación Estatal Chiapas
Instituto Mexicano del Seguro Social
hector.rincon@imss.gob.mx

Dr. José Manuel Sumuano Ymatzú
Coordinador Auxiliar Médico De
Educación En Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social
jose.sumuano@imss.gob.mx

Dra. Rosa Del Carmen Gallegos Sandoval
Coordinador Clínico De Educación E
Investigación En Salud
HGZ 1 No. 1 CB
TAPACHULA, CHIAPAS

Dr. Pedro Sánchez Ayala
Coord. Clínico de Educación e
Investigación En Salud
U.M.F. 11

Dra. Adriana Palacios Stempereiss
Profa. Titular de la Especialidad de Medicina Familiar
U.M.F. 11

TAPACHULA DE CORDOVA Y ORDOÑEZ, CHIAPAS, FEBRERO 2015

AGRADECIMIENTOS

A mi madre Edith Lizama Flores por su apoyo incondicional a lo largo de mi formación, ya que de no ser por ella no sería la persona que soy el día de hoy, pero sobre todo por el inmenso amor que siempre me demuestra.

A mi hijo Emiliano, eres mi todo, gracias porque a tu corta edad has tenido que comprender que no podía estar a tu lado por cuestiones de trabajo, gracias por haber llegado a mi vida y formar parte de ella, te amo.

Sally y Freneé, gracias por haber formado parte de mi vida, las extraño.^(†)

A mis asesores y personas que colaboraron para poder realizar esta tesis, que me guiaron a lo largo de este tiempo, así como al personal del departamento de archivo clínico por la disposición y por su tiempo, a todos los médicos por su comprensión y disponibilidad que me permitió concluir este trabajo, gracias.

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
MARCO TEÓRICO.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
OBJETIVOS.....	18
MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
VARIABLES.....	21
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	23
RESULTADOS.....	24
DISCUSIÓN.....	32
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES.....	35
BIBLIOGRAFÍA.....	36
ANEXOS.....	40
ABREVIATURAS.....	41

RESUMEN

Antecedentes: con los adelantos tecnológicos en los años setenta, el índice de cesáreas incrementó, sin existir una justificación ni disminución en la mortalidad materna o fetal.

Objetivo: determinar la congruencia clínica diagnóstica, de cesáreas realizadas en el HGZ N° 1 de Tapachula, Chiapas de abril a octubre de 2012.

Material y métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal del 1º de abril al 31 de octubre de 2012 en el H.G.Z. N°1 del IMSS Tapachula, Chiapas donde se revisaron 323 expedientes de pacientes sometidas a cesárea que cumplían con los criterios de inclusión, usando una cédula expofeso para la recopilación de datos y para el análisis estadístico el programa SPSS versión 21.

Resultados: se encontró una incidencia de cesáreas de 54.31% de abril a octubre de 2012 realizadas en el HGZ N°1 de Tapachula, Chiapas; el promedio de edad de la población fue de 26.37 ± 5.479 , de las cuales menos del 25% tuvo congruencia clínica; en relación a indicación absoluta de cesárea se observó congruencia en más del 90%, al contrario de la indicación relativa con menos del 1%, con una p de 0.000. Se encontró complicaciones en 45 pacientes, de las cuales menos del 20% tenían congruencia.

Conclusión: no se observó congruencia clínico diagnóstica en las indicaciones de las cesáreas realizadas, en el análisis general; sin embargo si había congruencia en más del 90% en cuanto a las indicaciones absolutas, no así en las relativas.

Palabras clave: cesárea, congruencia clínico diagnóstica, GPC 048 08

INTRODUCCIÓN

El proceso de reproducción humana en su etapa final, que es la expulsión del producto del vientre materno está condicionado por la evolución del mismo ser humano, la anatomía del aparato reproductor permite que el nacimiento sea por vía vaginal, aunque hay referencias de la realización de las cesáreas de más de dos mil años antes de nuestra era, y es hasta finales del siglo XIX con el desarrollo de la tecnología que se utiliza en forma cotidiana.

El progreso de la medicina ha permitido mejorar las condiciones de salud materno-infantil, permitiendo reducir la mortalidad perinatal, una de las herramientas empleadas es la cesárea, sin embargo a pesar de existir indicaciones precisas en las últimas décadas el índice de cesáreas se ha incrementado notablemente sin que lleve aparejado un impacto en la salud del binomio madre-hijo.

A pesar de existir un consenso internacional sobre las indicaciones y el porcentaje esperado de cesáreas, mismo que está avalado por los principales colegios de obstetricia internacional y por la OMS, se continúa observando un índice muy alto de realización de cesáreas, esto no es privativo de países subdesarrollados. El uso y abuso de la cesárea repercute en forma significativa en elevación de costos tanto social, sanitarios, como económicos.

Con los adelantos tecnológicos en los años setenta, las cesáreas se incrementaron de manera muy significativa sin observarse un descenso en la mortalidad materna-infantil.

En 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que no hay una justificación para el índice de cesáreas realizadas, este comportamiento no es privativo de los países en desarrollo.

La Norma Oficial Mexicana considera adecuada la tasa de 12 a 17%, sin embargo el indicador nacional se aproxima al 50%.

En 1999 la SSA estimó, la realización de más de 360 mil cesáreas sin fundamento. En el año 2000 se dio un incremento del 30%, en el 2001 del 32.52% y en el 2002 del 36%.

En el año 2011 se registró, por parte del departamento de Gineco-obstetricia del HGZ N° 1 en Tapachula, un total de 2583 recién nacidos vivos; de los cuales más del 58 % fueron obtenidos de manera abdominal, condicionando incremento en la morbilidad obstétrica y fetal.

MARCO TEÓRICO

CESÁREA

Por definición, la cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares, en mujeres con embarazos mayores de 27 semanas de gestación, empleando procedimientos quirúrgicos que incluyen la incisión de la pared abdominal y del útero, la cual requiere de conocimientos obstétricos y que se aplica en razón de un considerable número de diagnósticos.⁽¹⁻⁵⁾

ANTECEDENTES

La palabra cesárea proviene de dos verbos en latín, caedere y saecare, que significa cortar. Las primeras referencias se relatan en el papiro egipcio de Nahum, en el año 2160 a.C. Del 672 a.C. hasta el siglo XVI, sólo se practicaba en mujeres postmortem, si aún el feto se mantenía con vida.^(6, 7)

La primera cesárea documentada, fue en el año 1020 a.C. La aceptada históricamente fue en Alemania en 1610 por los cirujanos Trautmann y Seest, pero el postoperatorio no fue satisfactorio.⁽⁶⁻⁷⁾

En 1793 se realizó la primera cesárea exitosa en Inglaterra, un año después, en Estados Unidos, y hasta 1877 se realiza la primera cesárea en México. En 1882 Saenger se abocó a cerrar las incisiones uterinas justo después de la cirugía. La incisión baja del segmento uterino fue introducida por Kronig en 1912 y popularizada en Estado Unidos por Delee, en 1922.⁽⁵⁻⁷⁾

La incisión uterina transversa fue descrita por Munro-Kerr, en 1926.^(1,5,7)

EPIDEMIOLOGÍA

El incremento en la frecuencia de cesáreas, es un problema de salud pública a nivel mundial, y particularmente en países en vías de desarrollo como México.⁽²⁾

A partir de los años setenta, las cesáreas se incrementaron de manera muy significativa sin haber realmente una mejoría adicional, que se note en un descenso de la mortalidad materna o fetal. En 1985 la Organización Mundial de la Salud declaró; que no había justificación para que las tasas de cesáreas fueran mayores de 10-15%, independientemente de la región. Sin embargo, el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, la innovación, y el desarrollo tecnológico, han aumentado la frecuencia de las cesáreas.^(2-6,8-12,22-27)

En España el número de cesáreas se duplicó los últimos años, y hoy alcanza el 23% de los nacimientos. En el Reino Unido los nacimientos por esta vía, incrementaron de un 4% en los años setenta, hasta más de un 20% en la actualidad. En los Estados Unidos de Norteamérica los nacimientos por cesárea pasaron de un 5% en 1988 a un 23% en el año 2000. En Latinoamérica se estima una prevalencia entre el 30 al 40 %. Japón es uno de los pocos países desarrollados junto con Holanda y países Escandinavos que al parecer evitaron esta “epidemia”, ya que su porcentaje de nacimientos por cesárea es inferior al 10%, esto probablemente se deba a que aún hacen uso extensivo de las parteras tradicionales.⁽⁸⁾

La Norma Oficial Mexicana considera adecuada la tasa de 12 a 17%(del total de nacimientos). Durante la década de 1990, en México el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática reportó en el Instituto Mexicano del Seguro Social una frecuencia del 36%; en el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado 49% y en la Secretaría de Salud 24%.^(4,10,12,13,24-27)

Entre 1991 y 1995, la media nacional de cesárea fue de 28.58%; en 1999 de 25.41%, en este año se atendieron de forma institucional, 1, 772, 430 nacimientos de los cuales 1,442, 082 se manejaron en instituciones públicas y los 330,348 restantes se trataron en hospitales del sector privado, en este mismo año, 35.2% de los embarazos concluyeron en cesárea en el sector público mientras que en el sector privado la cifra se elevó a 53%. La SSA, estimó en ese mismo año, la realización de más de 360 mil cesáreas, que en realidad no se necesitaban. En el año 2000 de 30%, en el 2001 de 32.52% y en el 2002 de 36%.^(6,8,14,15,22,23)

En el año 2011 se registró por parte del departamento de Gineco-obstetricia del HGZ N° 1 en Tapachula, un total de 2583 recién nacidos vivos; de los cuales más del 58 % fueron obtenidos de manera abdominal.⁽¹⁶⁾

La incidencia de morbilidad obstétrica oscila entre 0.05 y 1.09%, al igual se ha demostrado que la mortalidad materna posterior a cesárea es seis veces mayor que después de parto.⁽¹⁰⁾

CESÁREA VS PARTO

El incremento en el número de cesáreas no ha mejorado los resultados perinatales ya que el índice de cesáreas e hipoxia fue mayor en 1995.⁽³⁾

El contar con un expediente clínico completo es importante para identificar los factores de riesgo; el cual debe incluir datos sociodemográficos, la integración de un equipo que aborde de manera integral la vigilancia prenatal, brinde información, orientación y consejería acerca de las ventajas del parto, buscando reducir la tasa de cesáreas.⁽¹²⁾

En una investigación sobre la evaluación psicométrica de la salud relacionada con la calidad de vida de las mujeres después de parto, cesárea electiva y cesárea por emergencia, se mostró que las mujeres por parto tuvieron mejor salud, por lo tanto, una mejor calidad de vida, en comparación con mujeres por cesárea electiva o de emergencia. Ya que la cesárea no es sólo una forma de nacimiento, es también una cirugía, y como cualquier otra, principalmente las de emergencia, puede causar problemas en la salud. Incrementa la incidencia de intervenciones quirúrgicas y problemas, derivados de la hospitalización. Al igual que ejerce una presión financiera sobre la familia y la sociedad.⁽¹⁷⁾

Algunas mujeres prefieren una cesárea, con el fin de evitar el dolor durante el trabajo de parto, debido a las contracciones uterinas, ya que la consideran es una mejor alternativa para ellas y su neonato. Por lo que deberán ser informadas sobre las opciones de analgesia obstétrica, según las características del trabajo de parto así como de los riesgos y beneficios.^(2,12)

DESCRIPCIÓN

Dentro de los tipos de cesáreas se consideran:

Según antecedentes obstétricos de las pacientes: primera, la que se realiza por primera vez. Iterativa, la que se realiza en una paciente con antecedente de dos o más cesáreas. Previa, cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

Según indicaciones: urgencia, que es la que se realiza con el fin de resolver o prevenir alguna complicación materna o fetal en etapa crítica. Electiva, que es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se lleva a cabo antes de que se inicie el trabajo de parto.

Según la técnica quirúrgica: corporal o clásica, que es la incisión vertical que se realiza en el cuerpo uterino. Segmento corporal (tipo Beck), la cual consta de una incisión vertical que se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Segmento arciforme (tipo Kerr), la cual es la más usada, por sus múltiples ventajas, que consiste en una incisión transversal del segmento inferior. ⁽¹⁾

TIPOS DE CESÁREA

Corporal o clásica: la incisión se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cervicouterino 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 postmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. ⁽¹⁾

Segmento corporal o tipo Beck: la incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son embarazo gemelar, embarazo pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales anteriores. ⁽¹⁾

Segmento arciforme o transversal (kerr): es la técnica quirúrgica más utilizada. Se realiza una incisión transversal del segmento inferior, produciendo menos hemorragia, permite una fácil apertura y cierre de la pared uterina, cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes, al igual que pocas adherencias postoperatorias.⁽¹⁾

INDICACIONES

Se dividen en absolutas, relativas; maternas, fetales y mixtas. ^(1,2,15,18)

Por causas maternas incluye:

- Distocia de partes óseas: desproporción céfalo-Pélvica
- Estrechez pélvica
- Pelvis asimétrica o deformada
- Tumores óseos de la pelvis
- Distocia de partes blandas
- Malformaciones congénitas
- Tumores del cuerpo o segmento uterino
- Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino
- Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva
- Distocia de la contracción
- Hemorragia (placenta previa o DPPNI)

Causas fetales

- Macrosomía fetal
- Alteraciones de la situación presentación o actitud fetal
- Prolapso del cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Embarazo prolongado con contraindicación para parto
- Cesárea postmortem.

Causas mixtas

- DCP
- Preeclampsia-eclampsia
- Embarazo múltiple
- Infección amniótica
- Isoinmunización materno fetal.

Indicaciones absolutas de cesárea:

- Cesárea iterativa
- Presentación pélvica
- Sufrimiento fetal
- Retraso en el crecimiento intrauterino
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- Placenta previa, placenta de inserción baja
- Incisión uterina corporal previa
- Presentación de cara
- Prolapso del cordón umbilical
- Hidrocefalia
- Gemelos unidos
- Infecciones maternas de transmisión vertical (VIH)
- Embarazo pretérmino (< 1500grs de peso fetal)
- Condilomas vulvares grandes.

Indicaciones relativas:

- DCP
- Enfermedad hipertensiva del embarazo
- Ruptura prematura de membranas
- Embarazo postérmino
- Embarazo múltiple
- Distocia dinámica

- Isoinmunización materno-fetal
- Diabetes Mellitus
- Antecedente de deciduomiometritis
- Antecedente de metroplastía
- Antecedente de miomectomía
- Miomatosis uterina
- Compromiso de histerorrafia
- Oligohidramnios
- Cirugía vaginal previa
- Primigesta añosa
- Cesárea electiva.

El diagnóstico de la desproporción céfalo-pélvica se establece mediante una valoración clínica adecuada de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagenología. Ante la duda diagnóstica se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto.⁽¹⁾

COMPLICACIONES

Se ha reportado que la frecuencia de infecciones en un parto es de 1.3%, cifra que contrasta con la frecuencia de infecciones en una cesárea, del 13%. La infección de la herida no es la única complicación quirúrgica, la dehiscencia de esta puede provocar hemorragia y ruptura uterina, ambas complicaciones, pueden hacer necesaria una histerectomía. Se ha observado que en pacientes con cesárea previa, tienen una mayor probabilidad de presentar placenta previa, se ha estimado que el riesgo es cinco veces mayor. Al igual que aumenta el riesgo de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. De manera infrecuente, también ha sido asociada con manifestaciones negativas del aparato digestivo, como la peritonitis por vernix caseosa, por presencia de líquido amniótico en la cavidad abdominal al momento de la cesárea.

También se ha descrito la presencia de pseudo-obstrucción aguda del colon, también conocida como síndrome de Ogilvie. La peritonitis desarrollada puede ser tan severa como para requerir de histerectomía, sobre todo cuando han transcurrido varios días poscesárea.^(1,2,5,10,13,19)

El daño accidental a vejiga o ureteros, puede derivar en fístulas vesico-uterinas iatrogénicas, donde el riesgo de padecerlas aumenta conforme se realicen cesáreas de repetición.^(5,19)

El antecedente de una cesárea aumenta el riesgo de presentar una ruptura uterina, la cual es una de las indicaciones más frecuentes para realizar una histerectomía.^(1,5,10,19)

La asociación entre cesáreas y mortalidad materna es la complicación más preocupante de la práctica innecesaria de esta intervención.^(2,19,23,24)

Se han reportado que las cesáreas electivas realizadas antes de la semana 39 de gestación, están asociadas con incremento probable de morbilidad respiratoria en recién nacidos y admisiones en la unidad de cuidados intensivos neonatales.^(2,5,19-21,24)

COSTO BENEFICIO

En México se estima que cada año las instituciones públicas de salud, gastan innecesariamente más de 12 millones de dólares en este procedimiento. Siendo el efecto más negativo la repercusión en el estado de salud del binomio madre-hijo.^(10,12,19)

IMPORTANCIA DE UNA INDICACIÓN ADECUADA

Se ha identificado un aumento considerable en la práctica de la cesárea, que no es inocua y conlleva altos riesgos inherentes.^(2,8)

El ginecólogo que se enfrenta a un embarazo, se encuentra sometido a diversas presiones, principalmente el resultado, ya que lo esperado es que el binomio materno-fetal esté sano al final del embarazo.

El trabajo de parto es un proceso frecuentemente largo y doloroso, y no todas las pacientes y familias, están preparadas para sobrellevar esa situación. Baja paridad, edad materna, una inadecuada interpretación de los medios electrónicos que son utilizados para la vigilancia del feto, realización de cesáreas para presentaciones pélvicas hasta de un 90%, factores socioeconómicos, falta de entrenamiento obstétrico, partos pretérmino, herpes genital activo, disminución de partos instrumentales, el uso de inducción, obesidad, esterilización quirúrgica, solicitud de las pacientes o familiares, son factores predisponentes para la realización de una cesárea. También es importante mencionar la presión económica, manejo en medio público vs manejo medio privado, nivel académico de la paciente y familia, etc., presionando al obstetra para la realización de la cesárea. ^(5,11,19)

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO ADECUADO

Existe evidencia de que ingresar a las pacientes en falso trabajo de parto y realizar inducciones innecesarias incrementa el número de cesáreas.

Se considera inducción innecesaria del trabajo de parto cuando la paciente cursa con VIH, dos cesáreas previas, situación transversa, presentación pélvica, placenta previa total, antecedente de cirugía uterina, cardiopatía clase funcional III y IV, estado fetal inestable, hidrocefalia fetal, malformaciones fetales, embarazo gemelar (primer gemelo pélvico), herpes genital activo, tumor que obstruya el canal de parto, cerclaje vía abdominal, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, producto óbito mayor a 30 semanas de gestación, en pacientes sin trabajo de parto por más de 24 horas. ⁽²⁾

En México, el aumento en la tasa de cesáreas, particularmente en las instituciones del sector salud, es un problema importante, ya que su frecuencia no se ha justificado médicamente. Tampoco se ha demostrado algún efecto positivo para reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil. En contraste, eleva el costo de los servicios de atención médica y el costo social en las mujeres operadas y sus familias. ^(12,21-24)

IMPORTANCIA DEL MANEJO ADECUADO.

Se debe de hacer hincapié en la entrega diaria de la guardia, en una segunda opinión para decidir la cesárea en hospitales públicos, exceptuando los casos de urgencia, como prolapso del cordón, hemorragias y ruptura uterina, mejorar el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo y distocias, sobre todo la desproporción céfalo-pélvica. Haciendo una adecuada evaluación de la pelvis, auditoría mensual de las cesáreas evitables y quizá honorarios profesionales por parto (y por) que por cesárea con el fin de que esto no influya en las decisiones de los profesionales de salud. ^(2,5)

No hay contraindicación con el antecedente de una cesárea previa tipo Kerr para ofrecer una prueba de trabajo de parto. Únicamente en donde haya antecedentes de una cesárea previa clásica en "T" o cirugía previa transfúndica, ruptura uterina previa, complicación médica u obstétrica que contraindique un parto vaginal, incapacidad de efectuar una cesárea de emergencia, debido a falta de cirujano, anestesiólogo o quirófano; y el antecedente de dos o más cesáreas previas.⁽²⁾

La ACOG en el 2004 recomendó clasificar a las embarazadas en tres niveles y así actuar conforme a cada caso, en el nivel A incluyo pacientes con cesárea anterior con incisión segmentaria transversa y donde la anestesia epidural puede ser empleada. En el nivel B, a las mujeres embarazadas con incisión vertical que no se haya extendido hasta el fondo uterino, evitando el uso de prostaglandinas para dilatar el cuello uterino e inducción del trabajo de parto. Y en el nivel C mujeres embarazadas donde este contraindicado el parto por presentar una incisión clásica o en T o que se haya extendido hacia el fondo uterino, rupturas uterinas, o complicaciones médicas u obstétricas.^(5,22)

El éxito de parto posterior a cesárea previa varía de 60 a 80%. Los beneficios de un parto posterior a una cesárea son: menor estancia hospitalaria, menor sangrado, menor probabilidad de infección, y menos eventos trombo-embólicos.

Los factores que se asocian a baja probabilidad de éxito en un trabajo de parto con cesárea previa serían, inducción del trabajo de parto, obesidad materna, edad materna mayor de 40 años, peso fetal mayor a 4000 gramos.⁽²⁾ Se decidirá permitir un parto vaginal en mujeres con cesárea previa, únicamente en unidades de segundo o tercer nivel de atención con personal capacitado para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse.⁽¹⁾ así como no tener antecedentes de ruptura uterina ni otras cicatrices uterinas previas.⁽²⁾

Un considerable porcentaje de las cesáreas son realizadas por distocias de contracción, para la prevención y tratamiento de esta en la fase activa del trabajo de parto, se recomienda dosis respuesta de oxitocina, amniotomía y analgesia obstétrica. En la prevención y manejo de la fase latente de trabajo de parto prolongada se recomienda evitar el ingreso al área de labor hasta que se encuentre en fase activa; reposo, hidratación y observación son preferidos sobre amniotomía y/u oxitocina; vigilancia regular y cuando sea necesario amniotomía, oxitocina y analgesia.⁽²⁾

JUSTIFICACIÓN

La evolución de la práctica de la medicina a nivel internacional, conlleva a ejercer la llamada medicina basada en evidencia, dentro de este ámbito el IMSS como parte del sistema nacional de salud es pionero en la realización, adecuación e implementación de las guías de práctica clínica, dentro de las cuales se encuentra la GPC 048-08 para la realización de operación cesárea. Misma que está enfocada a determinar con base a los consensos internacionales, en cuales circunstancias es adecuada la realización de dicho procedimiento. Sin embargo en el HGZ N° 1 en Tapachula, en el año 2011 se registró por parte del departamento de Gineco-obstetricia, 2583 eventos obstétricos del tipo parto o cesárea; de los cuales más del 58 % fueron obtenidos de manera abdominal.

Estas cifras nos dan un porcentaje al año de 58.3% de cesáreas realizadas en nuestra institución, las cuales elevan los costos ya que el valor unitario por intervención realizada en quirófano es de \$ 14, 871.00 (MXN) y en las que en la mayoría de los casos hay complicaciones posoperatorias lo cual aumenta el número de días de estancia hospitalaria tanto de la madre como del recién nacido, ya que muchas veces estos últimos requieren ingresar al área de cunero patológico, dentro de la cual los costos unitarios son de \$5078.00 (MXN).

Con el presente estudio se pretende identificar la congruencia clínico diagnóstica para la realización de cesáreas, con base en la guía de práctica clínica 048-08, en el HGZ N°1 de Tapachula, Chiapas lo cual permitiría detectar áreas de oportunidad, y así disminuir la tasa de cesáreas, al igual que las complicaciones en la salud del binomio madre-hijo, y reducir los riesgos quirúrgicos innecesarios para las madres.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aunque la cesárea se ha descrito desde tiempos babilónicos, es a mediados del siglo pasado cuando se inicia su práctica en forma masiva.

Existe un consenso internacional sobre las indicaciones para su realización, así como el porcentaje esperado en la realización con respecto al total de eventos obstétricos, dicho indicador es aplicable a cualquier hospital o país. La OMS considera un porcentaje entre 12 a 15 %. Existen evidencias de que las mujeres que atienden la terminación de su embarazo por parto, tuvieron mejor salud relacionada con la calidad de vida en comparación con mujeres con cesárea electiva o de emergencia, ya que la cesárea no es sólo una forma de nacimiento, es también una cirugía, y como cualquier otra, principalmente las de emergencia, puede causar problemas en la salud, así mismo incrementa la incidencia de intervenciones quirúrgicas y problemas, derivados de la hospitalización. Al igual ejerce una presión financiera sobre la familia y la sociedad.

Las complicaciones que acarrea un uso inmoderado de la cesárea para el binomio, van desde un riesgo de infecciones 10 veces mayor, así como dehiscencia de herida que puede provocar hemorragia y ruptura uterina, una mayor probabilidad de placenta previa, y de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. El daño accidental a vejiga o ureteros, incremento probable de morbilidad respiratoria en recién nacidos y admisiones en la unidad de cuidados intensivos neonatales también forman parte de las posibles complicaciones.

En México se estima que cada año las instituciones públicas de salud gastan, innecesariamente más de 12 millones de dólares en este procedimiento, siendo el efecto más negativo la repercusión en el estado de salud del binomio madre-hijo.

El ginecólogo que se enfrenta a un embarazo, se encuentra sometido a diversas presiones, principalmente el resultado, ya que lo esperado es que el binomio materno-fetal esté sano al final del embarazo.

En el año 2011 se registró por parte del departamento de Gineco-obstetricia del HGZ N° 1 en Tapachula, un total de 2583 recién nacidos vivos; de los cuales más del 58 % fueron obtenidos de manera abdominal. Sin que esto se tradujera en una disminución de complicaciones en el binomio materno-fetal.

La utilización de la cesárea sin que exista una congruencia clínico diagnóstica conlleva a elevar costos de atención, incrementa días de estancia hospitalaria, complicaciones y pone en riesgo el bienestar del producto, no obstante se debe contar dentro de la institución con una guía de práctica clínica.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta

¿Cuál es la congruencia clínico diagnóstica en la indicación de las cesáreas realizadas en el HGZ N° 1 de Tapachula, Chiapas?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la congruencia clínica, de las cesáreas realizadas en el HGZ N° 1 de Tapachula, Chiapas en el periodo comprendido de abril de 2012 a octubre de 2012. Acorde con la GPC 048-08.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer la incidencia de cesáreas realizadas en el HGZ N° 1 en el periodo comprendido de abril de 2012 a octubre de 2012.
2. Determinar la congruencia clínica diagnóstica en las indicaciones de las cesáreas en el HGZ N° 1 en el periodo comprendido de abril de 2012 a octubre de 2012. acorde con la GPC 048-08.
3. Identificar las principales complicaciones obstétricas en las cesáreas realizadas en el HGZ N° 1 en el periodo comprendido de abril de 2012 a octubre de 2012.
4. Identificar las principales complicaciones perinatales en productos obtenidos en las cesáreas realizadas en el HGZ N° 1 en el periodo comprendido de abril de 2012 a octubre de 2012.
5. Identificar los factores de riesgo obstétrico en las pacientes a las que se realizó cesáreas en el HGZ N° 1 en el periodo comprendido de abril de 2012 a octubre de 2012.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal en el periodo del 1º de abril al 31 de octubre de 2012.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21, utilizando estadística descriptiva e inferencial.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes obstétricas en las que se realizó cesárea en el HGZ No.1 de Tapachula, Chiapas, en el periodo comprendido de abril a octubre de 2012, que cumplieron con los criterios de inclusión.

MÉTODO

Diseño de estudio: observacional

Su objetivo: descriptivo

La asignación del agente: observacional.

Su temporalidad: transversal.

La recolección de datos: retrospectivo.

Lugar de estudio: Hospital General de Zona N°1 Tapachula, Chiapas.

Periodo: abril de 2012 a octubre de 2012

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS INCLUSIÓN

Pacientes obstétricas atendidas por cesárea en el HGZ No 1, de Tapachula Chiapas, en el periodo de abril a octubre de 2012.

CRITERIOS EXCLUSIÓN

Pacientes obstétricas atendidas por cesárea, realizada en otras unidades médicas.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Pacientes obstétricas atendidas por cesárea en el HGZ No 1, de Tapachula Chiapas, en el periodo de abril a octubre de 2012, con expediente clínico incompleto.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se revisaron los expedientes de 737 pacientes sometidas a cesárea en el HGZ No 1 de Tapachula, Chiapas de abril a octubre de 2012 y de las cuales solo 323 cumplieron con los criterios de inclusión.

PROCEDIMIENTO

Se recurrió al departamento de archivo clínico en el cual se revisaron los expedientes de eventos obstétricos del periodo mencionado, aplicándose una cedula de recopilación de datos, entre los cuales se incluían variantes tales como edad de la madre, antecedentes gineco-obstétricos, el tipo de parto según la edad gestacional (pretérmino, término, posttérmino), diagnóstico de ingreso, prequirúrgico y postquirúrgico, la congruencia clínica y resolutive del embarazo con base a la GPC- 048-08 de realización de operación cesárea, las complicaciones de la madre relacionadas propiamente al evento obstétrico y complicaciones más frecuentes en el recién nacido no propias del evento obstétrico, los días de EIH, tanto de la madre como del recién nacido.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó análisis estadístico utilizando estadística descriptiva e inferencial con el programa SPSS versión 21

VARIABLES

Se midió congruencia clínico diagnóstica: si o no, con base a las indicaciones prequirúrgicas, tomando en cuenta la GPC 048-08

Dentro de las variables dependientes se consideraron los antecedentes gineco-obstétricos, los diagnósticos de ingreso, prequirúrgico y posquirúrgico.

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicadores
Edad	Cuantitativa	Tiempo que ha vivido una persona	Años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento actual	Nominal	Años cumplidos al momento del registro
Congruencia	Cualitativo	Coherencia o relación lógica. Se trata de una característica que se comprende a partir de un vínculo entre dos o más cosas	Indicación de la cesárea de acuerdo a los lineamientos de la GPC 048-08	Ordinal	Si o No
Gesta	Cuantitativo	Número de embarazos	Número de embarazos incluyendo el actual	Numérica Discreta	Número total de embarazos.
Aborto	Cuantitativo	Expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanzan a las 22 semanas.	Número de abortos ocurridos antes del embarazo actual.	Numérica Discreta	Número de abortos antes del embarazo actual
Cesárea	Cuantitativo	Intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina	Número de cesáreas realizadas antes del embarazo actual.	Numérica Discreta	Número de cesáreas previas

Tipo de cesárea	Cualitativo	Urgencia: cesárea no programada cuando está en peligro la vida de la madre y del feto. Electiva: se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto.	El tipo de cesárea realizada con base a las indicaciones establecidas en la GPC 048-08	Ordinal	Si o No
Apgar	Cualitativo	Índice que permite una evaluación del estado de salud de un recién nacido a los pocos minutos de su nacimiento.	Puntaje dado por personal de salud que haya atendido al recién nacido	De intervalo	Puntaje obtenido al primer minuto y a los 5 minutos respectivamente 0 a 10
Capurro	Cualitativo	Criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato	Semanas de gestación estimadas por personal de la salud que atendió al recién nacido	De intervalo	Semanas de gestación corregidas al momento del nacimiento
Peso del recién nacido	Cuantitativa.	Volumen del cuerpo expresado en gramos	Gramos de peso al momento del nacimiento	De intervalo	Peso expresado en gramos al momento del nacimiento.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El protocolo de investigación será sujeto a la aprobación del comité local de investigación del HGZ 1 No. 1 de Tapachula, Chiapas.

Se apegará desde el punto de vista ético a:

El acuerdo, por lo que se crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud, publicado en el diario Oficial de la Federación el 19 de octubre de 1983.

La Ley General de salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, en sus artículos 2º, Fracción VII, 68, fracción IV, 96, Fracciones de la I a la VII, 97,98,99; fracciones de la I a la VII, 101, 102, fracciones I a la V; 103, 115, Fracción V, 119, Fracción I; 160, 164, 168, Fracción VII; 174, Fracción I, 186, 189, Fracción V, 119, Fracción I; 160, 164, 168, fracción VII; 174, Fracción I, 186. 189, fracción I; 283 321 y 334.

El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de coordinaciones de proyectos prioritarios de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.

El reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación, 6 de enero de 1987.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º, publicado en el diario Oficial de la Federación el 06 de abril de 1990.

Los acuerdos 5/95 al 55/95 de enero de 1995 del H. Consejo Técnico del IMSS, referente a la modernización. El manual de Organización del Fomento de la Investigación Médica (FOFOI), 1999.

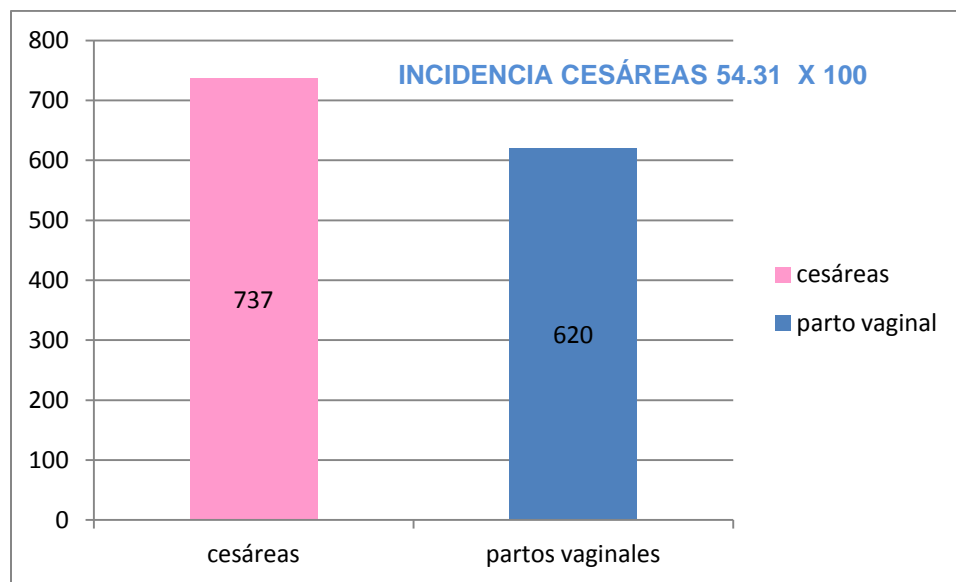
Declaración de Helsinki de 1964 y modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983, Hong Kong en 1989 y Escocia en el año 2000.

No amerita consentimiento informado.

RESULTADOS

En el periodo de abril a octubre de 2012 se atendieron un total de 1357 eventos obstétricos, de los cuales 737 fueron obtenidos vía abdominal encontrando una incidencia del 54.31% sin embargo de estos sólo 323 cumplían con los criterios de inclusión para este estudio. ^{Grafica 1}

Gráfica 1. Incidencia de cesáreas atendidas en HGZ N°1 Tapachula, Chiapas de abril a octubre de 2012



Origen: expedientes de pacientes sometidas a cesárea, revisados en el periodo de Abril a Octubre de 2012, en Tapachula, Chiapas.

En nuestra población de estudio se observó un promedio de edad de 26.37 años así como un promedio de gestas de 2.02 ^{Tabla 1}

TABLA 1. Características generales de las mujeres sometidas a cesárea en el periodo de Abril a Octubre de 2012 en el HGZ N°1 Tapachula, Chiapas.

Variable	No.	X	DE	Mínimo	Máximo
Edad en años cumplidos	323	26.37	5.749	15	43
Gestas	323	2.02	1.125	1	7
Paras	323	0.32	0.801	0	5
Abortos	323	0.22	0.565	0	5
Cesáreas	323	0.48	0.656	0	2

Origen: expedientes de pacientes sometidas a cesárea, revisados en el periodo de Abril a Octubre de 2012, en Tapachula, Chiapas.

En relación a la congruencia clínica diagnóstica con base a indicación absoluta y relativa, se observó que la indicación absoluta tenía una congruencia de 92.85% y de 0.41% para la relativa, con una χ^2 de 287.456 y una p de 0.000 ^{Tabla 2}

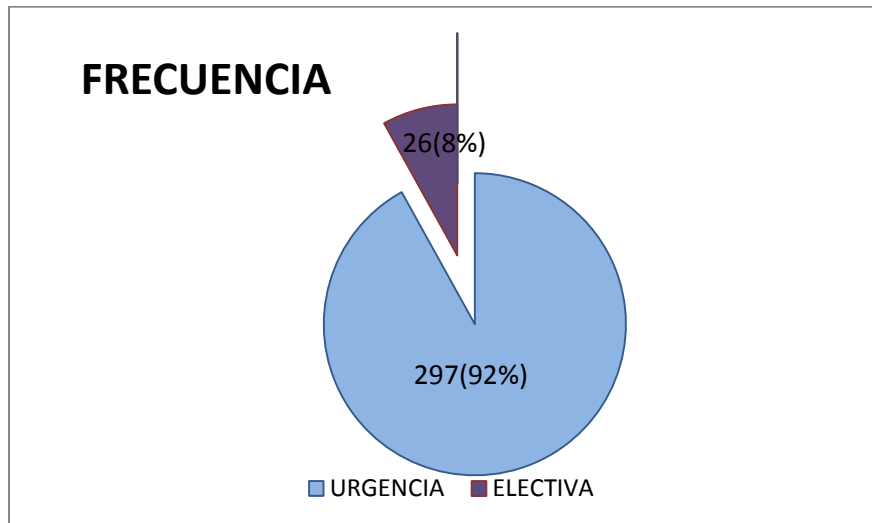
TABLA 2. Indicación de cesáreas y congruencia clínica diagnóstica en mujeres atendidas por cesárea en el periodo de Abril a Octubre de 2012 en el HGZ N°1 de Tapachula, Chiapas.

INDICACIÓN	CONGRUENCIA CLÍNICA				TOTAL
	SI	%	NO	%	
Absoluta	78	92.85	6	7.14	84
Relativa	1	0.41	238	99.58	239
Total(%)	79(24.5)		244(75.5)		323
Chi ² de pearson de 287.456 y p de 0.000 kappa 0.943					
Urgencia	65	21.88	232	78.11	297
Electiva	14	53.84	12	46.15	26
Total	79		244		323
Chi ² de pearson de 13.217 y p de 0.001 con kappa de - 0.066					

Origen: datos recopilados en cédula ex profeso obtenidos de expedientes clínicos revisados en el periodo de Abril a Octubre de 2012.

Con base al tipo de cesárea, se observó una congruencia en menos del 22% para cesárea de urgencia y de menos del 55% para cesárea electiva. ^{Gráfica 2}

Gráfica 2. Frecuencia del tipo de cesárea en el periodo de abril a octubre de 2012 en el HGZ N1 de Tapachula, Chiapas.



Origen: expedientes de pacientes sometidas a cesárea, revisados en el periodo de Abril a Octubre de 2012, en Tapachula, Chiapas.

De las complicaciones obstétricas más frecuentes que se observaron en las mujeres en las que se realizó cesárea el 8.4% fueron por otras causas diferentes a lo descrito en la GPC 048-08 y su congruencia clínica fue de menos del 35%.^{Tabla 3}

TABLA.3 Principales complicaciones obstétricas en cesáreas realizadas en el periodo de abril a octubre de 2012 en el HGZ N1 de Tapachula Chiapas

Congruencia						
	<i>Número</i>	<i>(%)</i>	<i>Si</i>	<i>%</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
Ninguna	278	86.1%	64	23	214	76.9
Otras	27	8.4%	9	33.3	18	66.6
Infección herida quirúrgica	9	2.8%	2	22.2	7	77.7
Hemorragia	7	2.2%	4	57.1	3	42.8
Ruptura uterina	2	0.6%	0	0	2	100
Total	323	100%	79		244	
Chi ² Pearson 6.181 con p de 0.186 kappa= -0.008						

Origen: cédula de recopilación de datos obtenidos de expediente clínico

En relación a las complicaciones ocurridas en recién nacidos se observó que predominaron diversas en un 7.7% con una congruencia del 16%, obteniendo una χ^2 de 3.468 con una p de 0.628. ^{Tabla4}

TABLA 4. Complicaciones en recién nacidos obtenidos vía cesárea en el periodo de abril a octubre de 2012 en el HGZ N°1 de Tapachula, Chiapas.

Congruencia						
	Casos	%	Si	%	No	%
Ninguna	285	88.2%	72	25.2	213	74.7
Otros	25	7.7%	4	16	21	84
SAM	5	1.5	2	40	3	60
SDR	3	0.9%	1	33.3	2	66.6
Trauma obstétrico	3	0.9%	0	0	3	100
Mortalidad	2	0.6%	0	0	2	100
Total	323	100%	79		244	
Chi ² de pearson de 3.468 p= 0.628 kappa= -0.002						

Origen: datos obtenidos de cédula de recopilación de datos de expedientes clínicos revisados

Respecto a las semanas de gestación previo al evento obstétrico y las semanas de gestación corregidas por CAPURRO así como el APGAR al nacimiento, se encontró una χ^2 de 107.699 con una p de 0.000 y 2.011 y 0.734 respectivamente. ^{Tabla 5}

TABLA 5. Tipo de embarazo por semanas de gestación previo a evento obstétrico –edad gestacional por Capurro y Apgar de mujeres y recién nacidos respectivamente, atendidos en el periodo de abril a octubre de 2012 en el HGZ N°1 de Tapachula, Chiapas

EDAD GESTACIONAL POR CAPURRO					APGAR		
Tipo de embarazo por sdg	Pretérmino	Término	Postérmino	TOTAL	7-10 vigoroso	4-6 depresión moderada	≤3 depresión grave
Pretérmino	25	19	0	44	40	3	1
Término	11	258	6	275	263	9	3
Postérmino	0	4	0	4	4	0	0
Total	36	281	6	323	307	12	4
Chi ² de pearson de 107.699 p de 0.000 kappa=0.492					Chi ² de pearson de 2.011 y p de 0.734 kappa=-0.011		
Congruencia clínica							
Si	6	70	3		76	2	1
No	30	211	3		231	10	3
Chi ² de pearson de 3.333 p de 0.189 kappa=-0.040 0.008					Chi ² de pearson de 0.410 p 0.815 kappa		

Origen: datos obtenidos de cédula de recopilación de datos de expedientes clínicos revisados

En cuanto a la relación entre el tipo de embarazo por semanas de gestación y el peso al nacimiento, con base a lo descrito en la NOM 007, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, se encontró una χ^2 de 13.596 y una p de 0.009. ^{Tabla 6}

TABLA 6. Tipo de parto por semanas de gestación y peso al nacer de pacientes atendidas por cesáreas en el periodo de Abril a Octubre de 2012 en el HGZ N°1 de Tapachula, Chiapas.

		Bajo peso <2500grs	Normal 2500-4000 grs	Alto peso >4000 grs	Total
Tipo de embarazo por sdg	Pretérmino	6	38	0	44
	Término	7	259	9	275
	Postérmino	0	4	0	4
Total		13	301	9	323
Chi ² de pearson de 13.596 y p=0.009 kappa=0.106					
Congruencia	Si	2	75	2	79
	No	11	226	7	244
Chi ² de pearson de 0.638 y p de 0.727 y kappa de - 0.028					

Origen: datos obtenidos de cédula de recopilación de datos de expedientes clínicos revisados

TABLA 7. Factores de riesgo obstétrico encontrados en pacientes a las cuales se les realizó cesárea en el HGZ N°1 Tapachula, Chiapas de abril a octubre de 2012.

Factores de riesgo	Número	Riesgo
Edad < 18 años	17	4
Edad > 35 años	17	4
Gestas ≥4	34	4
Abortos ≥2	11	2
Abortos ≥3	2	4
Cesáreas	127	4

Origen: cédula de recopilación de datos y formato MF 5 DEL IMSS para la vigilancia prenatal, riesgo reproductivo y riesgo obstétrico

DISCUSIÓN

El incremento en la frecuencia de la operación cesárea se considera un problema de salud pública en el mundo, y México no es la excepción. La operación cesárea no es inocua y conlleva riesgos quirúrgicos y anestésicos, al igual que eleva el riesgo de placenta previa y acretismo placentario ^(2,10,19), favoreciendo mayor posibilidad de hemorragia obstétrica y por ende de muerte materna en futuros embarazos. En la actualidad, el aumento de las cesáreas en la población general no guarda proporción con la disminución de la mortalidad y la morbilidad perinatal.^(4,12,22)

Se observó una edad materna mínima de 15 años y una máxima de 43 años con una *DE* de ± 5.479 ; en cuanto a antecedentes gineco-obstétricos referente al número de gestas se documentó una mínima de 1 y una máxima de 7, con una mínima de antecedentes de cesáreas de 0 y una máxima de 2, donde 127 pacientes contaban con antecedente de al menos 1 cesárea previa^(5,8), siendo que el antecedente de cesárea aumenta el riesgo de presentar ruptura uterina así como de placenta previa y de manera independiente factores de riesgo para histerectomía como lo describe Cárdenas Rocío y Reveles Vázquez.^(10,19)

La incidencia de cesárea observada en el presente estudio fue de casi 55% respecto al total de eventos obstétricos. Esto es elevado en relación a países como Gran Bretaña que reporta una incidencia de 21%, en EEUA 26% y en Australia 23%; pero similar a algunos países latinoamericanos como Chile, Argentina, Brasil y México donde la incidencia rebasa el 50%.^(2,5, 23,27). Aunque menor a lo reportado por Estrada-Aguilar et al., quienes mencionan hasta un 70% en un HGZ con MF en Zacapu, Michoacán⁽²²⁾. Mientras que la OMS considera que los rangos aceptables oscilan entre el 10-15% y la NOM 007 considera hasta 17% como adecuada.^(2-6,8,10,12,13,22-27)

De los 323 expedientes se observó una congruencia clínica en menos del 25% de las pacientes en las que se realizó cesárea. Con base a indicaciones absolutas más del 90% tuvieron congruencia clínica sin embargo de las indicaciones relativas menos del 1% presentaron congruencia. Se realizó revisión de la literatura sin encontrar ningún estudio parecido que hiciera referencia a esta problemática.

Llama la atención que de las 297 (92%) pacientes sometidas a una cesárea de urgencia con base a las indicaciones prequirúrgicas, menos del 22% tenían congruencia clínica; y de las 26 pacientes sometidas a una cesárea electiva, menos del 55% presentaron congruencia. Siendo que la GPC 048-08 para la realización de operación cesárea y su actualización del año 2014, establece como cesárea de urgencia aquella que se práctica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica y la electiva la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y que se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto.^(1,2, 28)

Se encontraron complicaciones en más del 13% del total de pacientes, dentro de las más frecuentes destacó la infección y/o dehiscencia de la herida quirúrgica en más del 2.5%, seguida por hemorragia y ruptura uterina en 2.2% y 0.6% respectivamente, de las cuales menos del 20% presentaron congruencia clínica, cifras menores a lo descrito por Anaya-Prado et al. ,en un Hospital de Gineco-obstetricia del CMN de Occidente, IMSS Guadalajara, Jalisco, encontrando complicaciones en más del 20%,dentro de las cuales las más frecuentes fueron hemorragia, infección, laceración cervical o cervicouterina, lesión vascular y fenómeno tromboembólico^(1,2,5,10,13,19-21,25). Esto quizá se deba a que aunque el HGZ N°1 es un hospital de concentración, en el CMN de Occidente al ser un hospital de tercer nivel acuden pacientes más complicadas.

Sin embargo también hubieron otras complicaciones con un total de 27 casos, entre las que se identificaron procesos tales como deciduomiometritis, absceso de pared, hipotonía y atonía uterina, se encontró que en 8 pacientes se presentó complicación por punción de la duramadre siendo que no se describe en la literatura como una complicación frecuente del evento quirúrgico en este caso de la cesárea.^(1,5,25)

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Una de las limitaciones para nuestro estudio, fue la falta de expedientes clínicos ya que gran parte fueron excluidos por no contar con los criterios de inclusión establecidos.

Se confirma que la tasa de incidencia del HGZ N°1 de Tapachula, Chiapas supera a lo sugerido por la OMS y la NOM 007, siendo ésta de más del 50% coincidente con otros autores.

No se observó una congruencia clínico diagnóstica en cuanto a las indicaciones de las cesáreas realizadas, dentro de nuestra población de estudio, en el análisis general, sin embargo si había congruencia en más del 90% en cuanto a las indicaciones absolutas, no así en las relativas, por lo que se deberían de reforzar los conocimientos del médico obstetra y médicos en formación de estas indicaciones con base a las descritas en la GPC-048-08. Así como contar con áreas de toco-cirugía y medios necesarios para la atención adecuada de las pacientes en trabajo de parto.

No hay coincidencia de la terminología usada en los expedientes revisados en el periodo de Abril a Octubre de 2012 en el HGZ N°1, respecto al tipo de cesárea sea esta urgencia o electiva con lo establecido por la guía de práctica clínica 048-08.

Habría que investigar a futuro los factores que pudieran influir en la toma de decisiones del médico obstetra, tales como la presión familiar, temor a la demanda legal, falta de interés o tiempo para cuidar el trabajo de parto, o si influye el hecho de que se trate de un hospital de enseñanza donde encontramos médicos residentes de primer grado, lo que modifico la evolución de dichas pacientes, son preguntas que quizá deberán de considerarse en estudios futuros.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Cesárea Segura, Dirección General de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, 2002
- 2.- Guía de Práctica Clínica para la Realización de Operación Cesárea, Evidencias y Recomendaciones México: Secretaría de Salud: año de autorización para publicación 2009.
- 3.- Guerra Verdecia C., Vázquez Márquez A, Virrelles Pacheco A., ¿Se puede reducir la frecuencia de cesáreas primitivas?, Rev Cubana de Ginecol, 1998; 24(1):45-49
- 4.- Rosales Aujang E., Felguérez Flores A., Repercusión Demográfica De La Operación Cesárea, Ginecol Obstet Mex 2009;77(8):362-66
- 5.-Uzcátegui U.O., Estado actual de la cesárea, Gac Méd Caracas 2008;116(4):280-286
- 6.- Méndez Velarde F., Ruiz Días R., Fonseca Chon I., Valenzuela Galván M., Tendencia de Cesáreas de 1995 a Agosto de 2006 en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora y su comparación con el índice a nivel nacional, Bol Clín Hosp Infant Edo Son 2007;24(2): 50-55
- 7.-Berguella V., K. Baxter J., P. Chauhan S., Evidence-based surgery for cesarean delivery, American Journal of Obstetrics and Gynecology (2005) 193: 1607–17
- 8.- Puentes-Rosas E., Gómez-Dantés O., Garrido-Latorre F., Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados, Salud Pública de México, 46(1):16-22
- 9.-Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al., Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. Pediatr Perinat Epidemiol. 2007, 21:98–113

10.- Anaya-Prado R., Madrigal-Flores S., Antonio Reveles-Vázquez J., Ramírez-Barba E., Frías-Terrones G., Godínez-Rubí J., Morbilidad materna asociada a operación cesárea, Cir Ciruj 2008;76:467-472

11.-PicovskyKaptur R., Control de gestión del índice de cesáreas, Programa de Dirección de Empresas de Salud; Instituto de Estudios Empresariales de la Universidad de Montevideo IEEM.

12.- Flores Padilla L., González Pérez G., Trejo Franco J.,* Vega López G., Cabrera Pivaral C., Campos A., Navarro Solares A., Navarro Núñez C., Factores de riesgo en la operación cesárea, Ginecol Obstet Mex 2008;76(7):392-7

13.- Cárdenas R., Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado, Gac Méd Méx 2002, 138 (4):357-366

14.- Campero L., Hernández B., Leyva A., Estrada F., Osborne J., Morales S., Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la Ciudad de México, salud pública de México 2007, 49(2):118-125

15.- Narro Robles J., Hernández Toron J., Imaz Olguin V., Jesús Silva J., Olea López J., Soto Hernández G., Ruiz Ruisanchez A., Frecuencia de cesáreas en cuatro hospitales del Distrito Federal: 20 años después, Ginecol Obstet Mex 2005;73:291-6

16.- SUI 10. HGZ N 1 Tapachula Delegación Chiapas IMSS.

17.-Torkan B., Parsay S., Lamyian M., Kazemnejad A., Montazeri A., Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section, BMC Pregnancy and Childbirth 2009, 9:4

- 18.- Guzmán-Sánchez A., Alfaro-Alfaro N., Valadez-Figueroa I., Morales-Rodríguez A., Aldrete-Rodríguez G., Efectividad del misoprostol intravaginal en la reducción de cesáreas, en primíparas y multíparas con ruptura prematura de membranas y embarazo de termino, *perinatol reprod hum* 2000;14: 197-205
- 19.- Reveles Vázquez J., Villegas Rivera G., Hernández Higareda S., Grover Páez F., Hernández Vega C., Patiño Segura A., Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones, *Ginecol Obstet Mex* 2008, 76(3):156-60
- 20.-Gurol-Urganci I., Cromwell D., Edozien L., Onwere C., Mahmood T., Meulen J., The timing of elective caesarean delivery between 2000 and 2009 in England, *BMC Pregnancy and Childbirth* 2011, 11:43
- 21.- Ceriani Cernadasa J., Mariania G., Pardo A., Aguirrea A., Pérez C., Brenera P., Cores Pontea F., Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal, *Arch Argent Pediatr* 2010, 108(1):17-23
- 22.-Estrada Aguilar C., et al., Incidencia de Cesáreas en un hospital general de zona, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*2012; 50 (5):517-522
- 23.-Suárez López L., et al., Características Sociodemográficas y Reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México, *Sal Pub Mex* 2013;55(2):225-234
- 24.-Cavallaro F., et al., Trends in caesarean delivery by country and wealth quintile:cross-sectional surveys in southern Asia and sub-Saharan Africa, *Bull World Health Organ* 2013;91:914–922.
- 25.-Martínez Salazar G., Criterios para el manejo de cesárea de urgencia, *Rev Mex Anestesiología* 2013;36(1):159-162.
- 26.-Ruiz Sánchez J., et al., cesárea: tendencias y resultados, *Perinatol Reprod Hum* 2014; 28(1):33-40.

27.-Suárez et al., Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto, ENSANUT 2012

28.-Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México, Instituto Mexicano de Seguro Social 2014.

ABREVIATURAS

SFA: sufrimiento fetal agudo

DPPNI: desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

RPM: ruptura prematura de membranas

SDR: síndrome de distrés respiratorio

SAM: síndrome de aspiración de meconio

PBEG: peso bajo para edad gestacional

PAEG: peso adecuado para edad gestacional (2500-4000 gramos)

PAEG: peso alto para edad gestacional (mayor a 4000 gramos)

SDG: semanas de gestación