



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO



**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1
DR. ALFONSO MEJIA SHOEDREN**

T E S I S

“INCIDENCIA E INDICACIONES DE CESÁREA EN
EL HGZ Y UMF 1, EN EL PERIODO 2015 A 2016”

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA EL MÉDICO CIRUJANO

DRA. SANTAMARÍA SILIS CLAUDIA ALEJANDRA

BAJO LA DIRECCIÓN DE:

DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNANDEZ

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO

ASESORES:

DR. JESUS OMAR LORA ESPINO.
ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA

DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

PERÍODO DE LA ESPECIALIDAD
2014-2017

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO

De acuerdo con el artículo 77 del Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente, el jurado de examen recepcional designado, autoriza para su impresión la Tesis titulada:

"INCIDENCIA E INDICACIONES DE CESÁREA EN EL HGZ Y UMF 1, EN EL PERIODO 2015 A 2016"

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIAR, QUE SUSTENTA EL MEDICO CIRUJANO:

DRA. SANTAMARÍA SILS CLAUDIA ALEJANDRA

PACHUCA DE SOTO HIDALGO, FEBRERO 2016

POR LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

M. C. ESP. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA
SALUD DE LA UAEH

M.C. ESP. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

M. C. ESP. NORMA PATRICIA REYES BRITO
COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DRA. MARIA DEL CARMEN ALEJANDRA HERNANDEZ CERUELOS
PROFESOR INVESTIGADOR
ASESOR UNIVERSITARIO



[Handwritten signature in blue ink]

POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DR. GRESS MARISELL GOMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLENACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACION IMSS EN HIDALGO

DR. ELBA TORRES FLORES
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION
EN SALUD DEL DELEGACION IMSS EN HIDALGO

DR. MARIA GEORGINA ARTEAGA ALCARAZ
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION
EN SALUD DELEGACION IMSS EN HIDALGO DR.

DRA. IRASEMA FLORES RIVERA
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR No. 1 IMSS PACHUCA, HGO.

DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTEN LOPEZ
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION
EN SALUD HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA
FAMILIAR No. 1 DEL IMSS

DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNANDEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA
EN MEDICINA FAMILIAR

DR. JESUS OMAR LORA ESPINO
ASESOR DE TESIS

DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
ASESOR DE TESIS



COORDINACIÓN CLÍNICA
DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN



H.G.Z. M.F. No. 1
DELEGACIÓN HGO.

[Handwritten signature: 'Gress Marisell's']
[Handwritten signature: 'Elba Torres Flores']
[Handwritten signature: 'Maria Georgina Arteaga Alcaraz']
[Handwritten signature: 'Irasema Flores Rivera']
[Handwritten signature: 'Estrella Elizabeth Pasten Lopez']
[Handwritten signature: 'Rosa Elvia Guerrero Hernandez']
[Handwritten signature: 'Jesus Omar Lora Espino']
[Handwritten signature: 'Antonio Castellanos Olivares']

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

POR ENSEÑARME SU INFINITO AMOR, ALEGRIA Y BONDAD; OTORGANDOME LA BENDICION DE SER MADRE Y PROFESIONISTA.

A MI MAMA

POR AMARME, AYUDARME A CONTRUIR UN PROYECTO DE VIDA, ESTANDO INCONDICIONALMENTE EN MIS DESICIONES, METAS Y ASPIRACIONES. ME DAS DIA A DIA ENSEÑANZAS DE INTELIGENCIA, BONDAD Y FORTALEZA.

A MI PADRE

POR OTORGARME CONSEJOS, PACIENCIA Y COMPRESION.

A OSIRIS Y JORGE

POR AMARME, RESPETARME, REGALARME SU ALEGRIA Y SU COMPAÑÍA, ETERNAMENTE AGRADECIDA POR APOYARME EN ESTE PROYECTO DE VIDA.

A MI HIJA

POR SER MI INSPIRACION, MI ALEGRIA Y LA MAXIMA EXPRESION DE AMOR.

A MIS ABUELOS (JOSEFINA, BENJAMIN, FLORA)

POR SER EL EJEMPLO DE SERES HUMANOS, QUE ENTENDIERON MI PROFESION, APOYANDOME EN TODO MOMENTO, COMPARTIENDO MIS TRISTEZAS Y ALEGRIAS SIEMPRE ESTARAN EN MI CORAZON, OTORGANDOME CONSEJOS, AMANDOME INCONDICIONALMENTE.

A BENJAMIN

POR SU ALEGRIA Y POR ENSEÑARME A VALORAR LA VIDA.

ÍNDICE

Página

1. RESUMEN.....	5
2. ANTECEDENTES.....	6
3. JUSTIFICACIÓN.....	17
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	19
5. OBJETIVOS.....	19
5.1 General.....	19
5.2 Específicos.....	19
6. HIPÓTESIS.....	20
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	20
8. MUESTREO.....	21
8.1 Cálculo del tamaño de la muestra.....	22
9. VARIABLES.....	22
9.1 Operacionalización de las variables.....	23
10. CONSERACIONES ÉTICAS.....	30
11. RECURSOS.....	30
12. RESULTADOS.....	31
13. DISCUSION.....	33
14. CONCLUSION.....	35
15. BIBLIOGRAFIA.....	37
16. ANEXOS.....	42

RESUMEN

INCIDENCIA E INDICACIONES DE CESÁREA EN EL HGZMF 1, EN EL PERIODO 2015-2016

Antecedentes: La cesárea es la intervención quirúrgica para la extracción del producto de la concepción y sus anexos ovulares. La OMS señala un porcentaje menor de un 15%. ACOG lo fija en un 15.5%. Existe una relación de 2.3 cesáreas por cada parto. Estas tasas siguen incrementando por múltiples factores, entre los que destacan: pobre progreso de trabajo de parto, la edad materna avanzada, obesidad, estado civil, etnia; nivel educativo, ingresos familiares, factores estresantes, experiencias laborales, nacimientos previos; disfunción del piso pélvico, colocación de fórceps, excesivo peso fetal, el miedo al dolor, incontinencia urinaria, fecal y dispareunia. La primigrávida tiene mayor porcentaje de parto por cesárea, presentando complicaciones de corto a largo plazo. El incremento en el número de cesáreas no reduce complicaciones neonatales y maternas. La falta de control adecuado, se refleja en las tasas de cesárea, es un problema de prioridad en nuestro sistema de salud. Una tasa mayor del 15% se relaciona con una mayor mortalidad materna. Existen pacientes que aceptan este procedimiento, debido a la falta de información y experiencia. Usar el partograma nos da aspectos claves para realizar este procedimiento por indicaciones maternas y fetales, para tomar la decisión clínica; al diagnosticar trabajos de partos prolongados y obstruidos. Está asociada a complicaciones quirúrgicas, infecciosas, tromboembolias, placenta previa; placenta adherida. Mucho depende la realización de cesárea de preferencias y circunstancias del paciente entre ellas están: actitudes familiares, culturales, comunitarias, de salud; y cuidados profesionales.

OBJETIVO: Conocer la incidencia e indicaciones de cesárea en pacientes atendidas con embarazo de término en el HGZMF No. 1 IMSS de Pachuca de Soto, Hidalgo, en el periodo 1 de marzo 2015 al 1 de marzo del 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó este estudio de investigación clínica de tipo cohorte histórico, observacional, retrolectivo, analítico. En el cual se determinó la incidencia e indicaciones para la realización de cesárea en embarazos de término en mujeres adscritas al HGZMF No. 1 en el estado de Hidalgo, en el periodo comprendido del 2015 al 2016. Se revisó los expedientes, en cuyos casos cumplieron criterios de selección. El tipo de muestreo es no aleatorio. El tamaño de la muestra es de 957.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Se calculó la tasa de incidencia de cesárea, agregándose el análisis de las variables cuantitativas y cualitativas; se realizó medidas de tendencia central. Se obtuvo la relación de variables, con el uso de chi cuadrada de Person, con significancia estadística.

RESULTADOS: Se analizaron 957 expedientes de mujeres con cesárea; la edad de la madre promedio fue 27 años (± 6 D.E), adscritas al HGZ Y UMF N.1 de Pachuca, Hidalgo, Las principales indicaciones fueron: desproporción céfalo pélvica en el 11.7% de los casos; trabajo de parto prolongado 10.3%; distocia de presentación 9.6%; Baja reserva fetal presente 9.5%; Ruptura prematura de membranas 6%; Oligohidramnios severo 5.6%; hipertensión gestacional 4.3%, doble circular de cordón umbilical 2.9%; taquicardia fetal sostenida 2.6%; falta de trabajo de parto 2.1%.

DISCUSIÓN: En cuanto a las indicaciones de cesáreas a nivel nacional se encuentran Desproporción Céfalo pélvica, baja reserva fetal y sufrimiento fetal agudo, encontrando similitud para la interrupción del embarazo vía abdominal en la HGZ Y UMF N.1,

CONCLUSIÓN: En este estudio se ve reflejado que la toma de decisiones repercuten en la calidad de vida del binomio, nos permite evaluar cuales fueron las indicaciones y que acciones se tomaron de manera oportuna.

2. ANTECEDENTES

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina (histerotomía). (1)

Palabra proveniente del latín caedere y saecare que significa cortar. Las primeras referencias datan en el año 2160 A.C plasmados en el papiro egipcio de Nahúm. Se menciona que se les practicaban a las mujeres muertas, tenían al feto con vida. No fue sino hasta 1793, donde se tuvo éxito en este procedimiento en Inglaterra y al año siguiente en los Estados Unidos de América. En México fue hasta 1877. (2)

Parte de este éxito se debió a la introducción de los anestésicos y el control de la infección. Los doctores Kehrer y Sãnger usan la plata y la seda para suturar el útero. En 1926 Munro-kerr modificó la técnica de kehrer. (2)

Es una incisión en la línea media es de 16 a 18cm de largo, se realiza longitudinal en el útero, el procedimiento debe durar no más de 90 minutos. (3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que en una institución el porcentaje de cesáreas no debe estar más de un 15% del total de nacimientos ya que no existen beneficios adicionales a la salud, mientras que el colegio Mexicano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) lo fija en 15.5%. (4).

En la Norma Oficial Mexicana 007 nos refiere como máximo un 15% en hospitales de 2do nivel de atención y de 20% en los de tercer nivel. (5)

La frecuencia con la que se realiza este procedimiento, es muy alta en América Latina. En países desarrollados la tasa se elevó del 5% al 50% en países como Brasil, en atención privada. En Estados Unidos de Norte América de 5.5% a 24.7% en los años noventa. En el 2000 Inglaterra alcanzó una tasa del 23.9%, Hong Kong 27.8%. (2)

En lo que se refiere a México, desde principios de la década de los noventa; el reporte de datos institucionales como encuestas demográficas y de salud, el porcentaje de la realización de cesárea es más del 20%; se sigue incrementando. Ocupando el cuarto lugar, después de China, Brasil y Estados Unidos de América; con porcentaje mayor, sin diagnósticos precisos y no siempre justificada. (5)

En el año 2009, la secretaria de salud reporto un total de 2, 188,592 nacimientos, de los cuales el 41% ocurrió por cesárea, la población no derechohabiente tuvo un porcentaje del 38% y la población asegurada el 50%. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en su área de atención a la población semiderechohabiente (programa Oportunidades), la proporción por cesárea fue del 20%. Las cesáreas en el IMSS suelen ser programadas. (6)

La información obtenida de la Encuesta Nacional de Salud, se observa un incremento del 30% al 45.1% de operación cesárea, de los años 2000 al 2012; lo que representa un aumento del 50.3% en doce años. En el sector público se encontró un 33.7% (de

30.6 a 40.9%) y un 60.4% en el privado (de 43.4 a 69.6%). Desde el 2000 todas las entidades federativas rebasan el límite máximo esperado. En el estado de Hidalgo presenta una tasa de 20 a 35.4%, en 2006 presenta un 35.5 a 39.9% y 2012 de un 40.0 a 57.5%. A nivel nacional hay una tendencia mayor para realizar cesárea entre el primero o segundo parto (50.5 y 51.2%), disminuye cuando hay un tercer parto (43.9%) al sexto y más (22.7%). El riesgo se incrementa para la realización de cesárea al tener más 20 a 35 años de edad para la madre, con un máximo nivel educativo de secundaria (75.7%). Estrato socioeconómico bajo (44.2%). El peso al nacimiento de menos de 2.5 y más de 4kg presenta el 44%. En adolescentes se presenta un riesgo de 6 veces más, en su primer embarazo y menores de 20 años de edad. (5)

El costo beneficio de la realización de la cesárea es de 900 a 8000 dólares sin trabajo de parto y con trabajo de parto es de 150 a 2300 dólares. (7)

En el tercer nivel de atención existe una relación de 2.3 cesáreas por cada parto. El volumen de obstetras y el nivel de atención están altamente relacionados e indican cuál es el nivel de atención prestada por el hospital. Se ha sugerido que los obstetras, son atraídos por las cesáreas; sobre todo por los beneficios económicos y con argumentos; mayor seguridad y menores efectos secundarios. Aunque la evidencia científica no lo ha demostrado. (6)

Los nacimientos por Cesárea entre mujeres hispanas, presentan tasas más altas; mayor riesgo de morbilidad materna severa y mortalidad neonatal. (3)

La mortalidad materna, es el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos; esta disminución es lenta para poder alcanzar los objetivos del desarrollo del milenio. Se ha reducido en 1%. En México en 2009 se encontró entre los 10 países con menor mortalidad materna en América Latina, representa la cuarta causa de muerte en edad reproductiva; existen 12 entidades en que se concentra el 75% del total de defunciones. (8)

Las tasas de cesárea, siguen incrementando en todo el mundo sin una comprensión clara de las principales causas y consecuencias. A falta de un sistema de clasificación aceptada internacionalmente, estandarizado para monitorizar y comparar las tasas. Es barrera para entender mejor la tendencia. (9)

Se han realizado estudios en diversos países, con incremento del porcentaje de cesárea, por múltiples factores. Los cambios en las características maternas y su interrelación con la práctica obstétrica, se han modificado debido a las preocupaciones relacionadas con el feto o la seguridad de la madre, seguido por factores sociales e institucionales. (6)

Las tasas por Cesárea han incrementado drásticamente en todo el mundo, por pobre progreso del trabajo de parto, así como edad materna avanzada, obesidad; el no iniciar el trabajo de parto después de las 40 semanas de gestación. Los mecanismos son

poco conocidos, entre ellos destaca el cuello uterino corto, en la mitad del embarazo se asocia a un parto prematuro espontáneo; con la posibilidad de parto quirúrgico. (10)

Se tiene identificado dificultades tanto físicas y emocionales en una cesárea emergente o planeada. Las mujeres experimentan miedo a la muerte, estar fuera de control, sentir que se rompen su cuerpo con el alma, el corazón con los brazos vacíos, es un nacimiento no previsto; aunado con tener que despertarse con dolor después de la anestesia. El que se realice cesárea de emergencia incrementa, el miedo tanto para la madre y el producto. Dentro factores sociales están el entorno cultural y creencias. (6)

La percepción negativa del nacimiento, cuando nos dio un resultado no esperado y como cuidar al lactante; la mujer entra en pánico, por la falta de conocimiento y preparación, para prestar una buena atención; con información exhaustiva cambia la percepción. (11) (12)

El depender de terceros, durante el puerperio hace que la mujer se sienta impotente por el agotamiento físico y afecta los cuidados hacia el producto; se ve como un fracaso que ocasiona aislamiento, contribuye a la depresión postparto. Lo que hace que no haya una buena relación entre el binomio. (12)

Hay falta de educación en la mujer y su familia acerca de las complicaciones relacionadas con el embarazo; y de cómo prepararla ante la posibilidad de realizarle cesárea, para evitar que sea vista de manera negativa. (13)

Considerar a la cesárea de emergencia, una acción necesaria y socorrista; sin ser percibida como una acción indiferente e incluso abusiva. (14)

El controlar el miedo junto con la ansiedad y la calidad de sueño, disminuiría en mayor proporción las cesáreas, que implica mayores riesgos físicos para las madres y los recién nacidos; incluyendo estancias y reingreso prolongados. Hay factores que influyen para su realización como: edad de la madre, estado civil, etnia, nivel educativo; ingresos familiares, factores estresantes, experiencias laborales y los nacimientos anteriores. (15)

Otro factor es la disfunción del piso pélvico, manifestada como la incontinencia urinaria o fecal, después del parto vaginal; son factores de riesgo la nuliparidad materna, realización de episiotomía, colocación de fórceps; el excesivo peso fetal. (16)

Las otras condiciones maternas, para determinar la vía de nacimiento: son la edad materna, la reducción del número de hijos deseados, edad gestacional menor de 38 semanas o mayor de 40 semanas aumenta la probabilidad cesárea. Los nacimientos en edades gestacionales entre 29 y 36 semanas, tienen una probabilidad de 57% de ocurrir por Cesárea, contra el 33% en los nacimientos con una edad gestacional entre 37 y 42 semanas. Otro factor es el miedo al dolor, incontinencia urinaria, fecal y dispareunia. También la oclusión tubárica bilateral y su preocupación por mantener la función se-

xual. La solicitud materna, es un factor importante por razones personales y sociales; el temor del nacimiento, la percepción de desigualdad y la mala atención. (6)

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, refiere que, ante la ausencia de información significativa en los riesgos y beneficios de la cesárea; si el médico cree que la cesárea promueve la salud, el bienestar de la paciente y su feto más que el nacimiento por vía vaginal está éticamente justificado para realizarla. A diferencia de La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) menciona que no existe evidencia suficiente ni razones médicas de un beneficio neto para realizar una cesárea, por lo que no está éticamente justificada. (6)

Hay complicaciones maternas a corto y largo plazo. Su uso requiere una cuidadosa reflexión. El aumento en el número de cesárea no reduce las complicaciones neonatales y maternas entre las que se asocia morbilidad respiratoria neonatal. (17)

La cesárea, tiene múltiples escenarios que hay que dictaminar sobre ellos. Existe la tendencia de obtener más ingresos; en el sector privado hay una gran diferencia entre el pago entre un parto vaginal y cesárea. La falta de un control adecuado, encontramos tasas más altas en los hospitales privados, en comparación de los hospitales públicos. Es un problema de prioridad, en nuestro sistema de salud. (18)

Hay cuatro factores que se deben tomar en cuenta antes de realizar una cesárea, en comparación por la vía vaginal:

- a) disminuye la hemorragia materna
- b) aumenta los problemas respiratorios del neonato
- c) aumenta las complicaciones mayores en embarazos subsecuentes
- d) provoca una mayor estancia hospitalaria para la madre.

Realizar parto quirúrgico porque lo solicita la madre debe ser individualizado y con base a la ética médica. Una tasa mayor del 15% se relaciona con una mayor mortalidad materna. (6)

La inducción del trabajo de parto incrementa el 70% las complicaciones perinatales y favorece la terminación del embarazo por vía abdominal. Se encontró que las mujeres con ruptura prematura de membranas a término, la inducción del parto con oxitócica o prostaglandinas E2 es para un trabajo de parto obtenido por vía vaginal o la realización de Cesárea. (19)

Lo que contribuye a la mayor tasa de las cesáreas, es el parto prematuro y la existencia de una cicatriz uterina previa. Una de las causales para este incremento, es el retraso de la maternidad, aumentando la seguridad del procedimiento, la solicitud por parte de la madre; la baja utilización del parto vaginal después de realizar cesárea. (20)

A falta de normas básicas para conservar los derechos de los pacientes. Los procedimientos, son sugeridos por el médico y los pacientes lo aceptan debido a la falta de información y experiencia. (18)

Se refiere que el uso de toco dinamómetro cuando la madre es obesa, cuando la atención de enfermería no está disponible, o una respuesta a la oxitócica limitada. Esto impide la hiperestimulación uterina e hipoxia fetal o la mejoría de interpretación de los patrones de frecuencia cardiaca fetal anormal, en relación con la actividad uterina. (21)

La monitorización continua de la frecuencia cardiaca fetal, disminuye la incidencia de mortalidad perinatal o parálisis cerebral, por lo que se ha desarrollado un sistema de interpretación y estandarización; para evaluar al feto en un momento, ya que puede cambiar en el transcurso del trabajo de parto, obteniendo un valor pronóstico para el estado fetal, durante el parto e identificar a las mujeres en situación de riesgo para presentar un feto asfixiado. (22)

El uso de partograma, mejora la calidad de servicios de maternidad, este registro nos muestra aspectos claves; para la tendencia a realizar cesáreas por indicaciones maternas y fetales, así como sus repercusiones en el binomio, aunado con la administración de antibióticos profilácticos.

Este registro es válido si cumple 9 parámetros: el haber trazado la dilatación cervical, que sea menos de 4 horas, si existió descenso, la evaluación de las contracciones; su registro durante el parto y por lo menos media hora en el periodo de trabajo de parto activo. El estado de las membranas y si hubo ruptura, el aspecto de líquido amniótico. El trazo tococardiográfico durante media hora, monitorización de las presiones arteriales maternas, la frecuencia cardiaca; desde el momento que llega a la unidad y durante el parto.

La atención recibida se debe documentar, hay un alto índice de partogramas incompletos o incorrectamente llenados lo que nos sugieren que no se sabe cómo usarlo o no pueden hacerlo por las excesivas demandas de carga de trabajo. Es una herramienta, para la toma de decisiones clínicas que diagnostica trabajos de partos prolongados y obstruidos lo que lleva a las indicaciones de cesárea. (23)

La Cesárea está asociada a una tasa de mayores complicaciones quirúrgicas, infecciosas, tromboembolias que el parto vaginal; complicaciones posteriores como placenta previa y placenta adherida. La preocupación por las complicaciones maternas y neonatales, ha contribuido a una disminución en el parto vaginal; las cesáreas dependen en gran medida de las preferencias y circunstancias del paciente incluyen actitudes familiares, culturales, comunitarias, de salud y cuidados profesionales. (14)

Una de las complicaciones de operación cesárea, es infección de la herida, dehiscencia. Por lo que puede volver a hospitalizarse, dentro del tiempo estimado. El parto por cesárea planificada se asoció con un menor riesgo de un resultado adverso perinatal. En cambio, cuando la realizamos por emergencia dentro de ese mismo tiempo hay un aumento de probabilidades de muerte fetal, neonatal o la morbilidad neonatal grave. (7)

La experiencia quirúrgica conduce mejores resultados, la adquirimos con el paso del tiempo una mayor destreza disminuyendo las complicaciones maternas. (24)

El parto vaginal, después de una cesárea se puede complicar presentando; ruptura del útero, después de inducir el trabajo de parto, está asociado con mayor mortalidad fetal y neonatal. (14)

Durante la cesárea en pacientes con dilatación cervical avanzada, donde la cabeza del bebé está comprometida y la incisión de la misma puede hacerse en la pared vaginal, es peligroso para el binomio. La laparotomía, es una alternativa apropiada para el nacimiento, se debe hacer longitudinal para evitar lesionar los uréteres. La técnica de empujar la cabeza hacia arriba por vía vaginal, para el nacimiento puede causar trauma fetal directo y lesión del segmento uterino inferior, dando hemorragia obstétrica y lesión en el tracto urinario. (25)

El reducir las tasas, implementando medidas efectivas e identificar los grupos que se someterán a cesárea. Capaz de monitorizar y comparar el modo de nacimiento de manera confiable y consistente. (20)

Identificando estas tendencias, requiere una clasificación basada en parámetros obstétricos como son: paridad anterior, embarazo simple o múltiple, cesárea previa, edad gestacional, el inicio de trabajo de parto, presentación fetal y número de fetos por mencionar algunos. (9)

Existe una clasificación que contempla en 10 grupos a las mujeres embarazadas:

1. Mujer nulípara con embarazo único de presentación cefálica, mayor o igual a 37 semanas con inicio de trabajo de parto espontáneo.
2. Mujer nulípara con embarazo único, presentación cefálica, mayor o igual a 37 semanas, que termina con inducción del trabajo de parto o cesárea, (múltiparas sin previa cesárea)
3. Mujer múltipara sin cesárea anterior, con embarazo único en presentación cefálica, mayor o igual a 37 semanas, con inicio de trabajo de parto espontáneo.
4. Mujer múltipara sin cesárea anterior, con embarazo único con presentación cefálica, mayor o igual que termina con inducción del trabajo de parto inducido o cesárea
5. Todas las mujeres múltiparas, con por lo menos una cesárea anterior con embarazo único en presentación cefálica mayor o igual 37 semanas.
6. Todas las mujeres nulíparas con embarazo único en presentación pélvica
7. Todas las mujeres múltiparas con embarazo único en presentación pélvica incluidas las mujeres con cesárea anteriores.
8. Todas las mujeres con embarazos múltiples incluidas las mujeres con o sin cesárea previa)
9. Todas las mujeres con presentación oblicua o transversal incluidas las mujeres con cesárea anterior
10. Todas las mujeres con embarazo cefálico menor o igual a 37 semanas incluyendo las que tenían cesárea anterior. (14)

Esta clasificación de Robsón es sencilla, fácilmente reproducible y flexible; categoriza a las mujeres prospectivamente, a su vez permite su aplicación y evalúa la intervención dirigida a grupos específicos. Puede usarse, es una medida de intervención para reducir las tasas de cesáreas, ayuda a analizar como contribuye las inducciones a la tasa global de cesáreas, también su autovalidación. (9)

En cuanto al parto por vía abdominal, están propensos a sufrir lesiones importantes, porque en un inicio se intentó vía vaginal ya que estaban en trabajo de parto, esto nos refleja mayor morbilidad neonatal como hemorragia subdural, interventricular, subaracnoideas, lesión facial, lesión en el plexo braquial; convulsiones, depresión del sistema nervioso central, dificultad para alimentarse y la ventilación mecánica, se consideran lesiones graves. (11)

La mortalidad es alta, no es este procedimiento absolutamente necesario; la principal indicación es salvarle la vida al niño. Las causas de muerte son peritonitis, por descuido de la técnica quirúrgica, anemia, material quirúrgico, dentro del abdomen; por obstrucción intestinal por adherencias. Este procedimiento puede ser peligroso cuando existe una infección en el útero, llegando a sepsis. En casos raros hay que extirpar el útero, posterior a la realización de la cesárea; por ser la única oportunidad de sobrevivir. La placenta previa, se determina al hacer el examen del cuello uterino, para determinar lo bien que se dilata y el grado que está cubierto por la placenta. Su tasa de mortalidad materna es del 50% y mortalidad infantil 66%. (26)

En los embarazos de alto riesgos, se toman en cuenta las condiciones maternas y fetales, asociadas a complicaciones en el embarazo. El riesgo gestacional se clasifica en normal o en alto. (27)

Está relacionado el incremento de peso, en el tercer trimestre de embarazo, con la realización de cesárea, resultando producto macrosómico; siendo un fuerte predictor. Un aumento o peso insuficiente, son indicadores de riesgo de resultados obstétricos adversos, para la madre y el producto. (1)

La oximetría fetal, se asoció con una disminución en la tasa de parto por cesárea como complemento del monitoreo fetal. (26)

Para evaluar la edad gestacional, se necesita un ultrasonido del primer trimestre y la primera medición céfalo caudal; es una medida confiable de la edad gestacional. Los nacimientos prematuros tardíos, están asociados con el aumento de las cesáreas, esto es de la semana 34 a la 36 hay mayor mortalidad infantil. (28)

El conocimiento de la saturación de oxígeno fetal, no se asocia con una reducción en la tasa de parto por cesárea o con una condición del recién nacido. (29)

Los productos nacidos antes de las 39 semanas de gestación, tienen más riesgo de resultados adversos neonatales y esto aumenta entre menos edad gestacional tengan. (30)

La mortalidad materna, es mayor en personas que viven en la pobreza, por tener acceso limitado para salvar su vida; con atención hospitalaria y dentro de estos la cirugía obstétrica. La Cesárea previene o trata algunas complicaciones maternas y fetales que

amenazan la vida al binomio. Se ha puesto mucha atención a la mayor utilización de cesáreas electivas, realizadas por comodidad de las mujeres embarazadas. Los altos costos involucrados, las disparidades socioeconómicas para tener acceso a un procedimiento quirúrgico de esta índole; la preocupación de las mujeres con escasos recursos por no conseguirlo y en otras mujeres que pueden pagar una cesárea sin complicaciones, reciben una cesárea innecesaria. (13)

Trae repercusiones el no poder alimentar y limpiar a sus bebés, darles consuelo emocional. Realizar tareas familiares como la preparación de alimentos e higiene. El dolor de estar sentadas, no poder desempeñarse en la vida cotidiana. La angustia por ser una carga económica para su familia.

Existen consecuencias sociales y económicas, para las mujeres con complicaciones graves, se centran en tres barreras; que influyen en la búsqueda de la atención y aceptar procedimientos quirúrgicos.

En primer lugar, las consultas de atención prenatal, el dar poca información sobre complicaciones obstétricas e indicaciones médicas para cesárea; para saber a dónde ir y recibir atención de emergencia.

En segundo lugar, la preocupación acerca de la cesárea y trabajadores de la salud por la desconfianza con respecto a las razones que recomiendan el procedimiento da ideas erróneas.

Tercer lugar, el invertir enormes costos por parte de los miembros de la familia y culpar a la mujer.

Hay que restringir el procedimiento si es innecesario, al mismo tiempo garantizar para todas las mujeres complicaciones mortales, obteniendo la intervención quirúrgica cuando sea necesaria. (13)

La muerte por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio es importante en el proceso de salud y enfermedad en mujeres en la etapa reproductiva.

Durante el embarazo, es un proceso fisiológico por lo que las mujeres reaccionan de diversas maneras, por factores socioeconómicos y la calidad de los servicios de salud. La mortalidad materna, es el reflejo del desarrollo de un país, de la calidad y de los servicios en cuestión social y de salud.

La definición de muerte materna, es toda mujer que cursa con embarazo, el parto o los 42 días siguientes a la terminación de la gestación. Durante la reproducción, los factores de riesgo se relacionan con cuestiones biológicas, hereditarias, psicológicas, emocionales, situaciones socioeconómicas y culturales. Hay condiciones desfavorables; orgánicas, ambientales y de comportamiento. Los Riesgos asociados al embarazo: el antecedente de alta paridad, el tiempo entre cada embarazo, el resultado de embarazos previos, enfermedades y operaciones anteriores que nos causan deterioro y desnutrición. (31)

Al reflexionar sobre maternidad segura y supervivencia infantil, nos dice que hay cambios y evolución. Nos trae como consecuencia crecer y desarrollarse. Parte de ello es más oportunidades de empleo, salud, educación y forma de vida. Esto no incluye del todo a las mujeres en cuestión de salud, alfabetización, información, habilidades y derechos humanos. Las mujeres y sus productos, representan un tercio de población mundial. Las tasas de mortalidad materna, se han mantenido desde 1980. Hay incremento en el número de nacimientos y en muertes maternas. Las madres tienen derecho a decidir cuantos hijos quieren tener y tener un parto en un lugar seguro. Así como todo nuevo ser, tiene el derecho a estar en las mejores condiciones. Esto implica la participación de individuos, familias y comunidades. Por lo que hay que planificar e implantar políticas y programas.

De los 150 a 200 millones de embarazo, se dan cada año por lo menos 23 millones resultan con complicaciones graves: hemorragia puerperal, trastornos hipertensivos, eclampsia, sepsis puerperal; aborto y más de medio millón de estas complicaciones nos dan la muerte de la madre. (32)

Hay otros factores relacionados, para la supervivencia de la embarazada. Es importante si tiene una buena nutrición. Para enfrentar las complicaciones. Al tener el cuidado obstétrico puede evitar que muera o que sufra consecuencias graves. Se pueden evitar las muertes maternas, si contamos con servicios correctos, si ellas y sus familias hicieran de estos recursos un adecuado uso. Uno de los problemas que pueden no resolverse es el acceso al servicio por la falta de transporte, que no pueda pagar por la atención o los medicamentos que requiere en ese momento. Puede requerir de la aprobación de su esposo u otro familiar. Se retrasan la atención médica a las mujeres y sus familias por la falta de conocimiento de los signos y síntomas de gravedad.

La reducción de los altos niveles de mortalidad materna, es una preocupación principal de los países, las agencias internacionales, las organizaciones no gubernamentales alrededor de mundo, desde la Iniciativa de la Maternidad Segura en 1987. (32)

Dentro de las intervenciones que se requieren para una maternidad segura, incluyen tecnología apropiada, no necesita mucha inversión en medicamentos o equipos costosos. Los programas requieren una revitalización de la planeación existente de la salud materna, infantil y familiar. Los servicios necesitan brindar mejor atención preventiva, curativa y de rehabilitación; usar de la tecnología apropiada. (32)

Después de una cesárea, puede desarrollar encefalopatía. (33)

Los productos prematuros tardíos, tienen mayor riesgo de ser ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, después de que nacen en comparación de los recién nacidos de término. Mayor estrés respiratorio, inestabilidad térmica, hiperbilirrubinemia, problemas de alimentación, hipoglucemia, apnea, a largo plazo problemas de aprendizaje, problemas de conducta en la edad escolar, discapacidad cerebral, déficit de atención, retraso mental. Presentando trastornos de hiperactividad con déficit de atención. (28)

Las cesáreas realizadas por presentar preclamsia severa, enfermedad renal, diabetes mal controlada, Oligohidramnios, pruebas normales prenatales. Embarazo con productos múltiples, retraso del crecimiento intrauterino, con desprendimiento placentario y ruptura prematura de membranas son las causas en las que más observamos el procedimiento quirúrgico. (28)

La estadística, son una valiosa herramienta, para monitorizar la salud en nuestra población, su valor mejora a través de esfuerzos; para avanzar en la calidad de los datos que obtenemos, en particular de información médica y sanitaria. Tomando en cuenta las tasas de mortalidad infantil y neonatal, así como postnatal. (34)

Los productos que nacen por cesárea, tienen mayor riesgo de presentar diabetes mellitus tipo I, asma, alergias y trastornos gastrointestinales, con mayor número de bacterias en las heces que los que nacen por vía vaginal. Mayor número de Ig A e Ig G secretoras, pero produce menos IL-6, FNT alfa. (35)

Para la realización de cesárea, se tiene que tomar en cuenta las indicaciones ya sea absoluta o relativa, basándonos en el partograma. Así como las tasas de mortalidad neonatal, muerte fetal temprana. Es importante administrar antibióticos prolongados. Valorar la dilatación cervical, el descenso del producto, contracciones que se evalúan en el lapso del trabajo de parto, el estado de las membranas, el color de líquido amniótico, la frecuencia cardíaca fetal, presión arterial y el pulso de la madre. (23)

Los agentes de inducción, están relacionados con ruptura uterina, por eso es necesario realizar previamente examen del cuello uterino para minimizar este riesgo. (36)

El acceso seguro y oportuno de la cesárea, les salvara la vida a mujeres que sufren alguna de las complicaciones obstétricas graves. Existe la evidencia, los riesgos de los resultados maternos y perinatales adversos, son graves a corto plazo; se incrementa cuando se realiza sin sustento médico adecuado. También se expone a las mujeres, a mayor riesgo de complicaciones y mortalidad perinatal en embarazos posteriores. (23)

Las indicaciones maternas más frecuentes destacan: la falta de progreso de trabajo de parto, su prolongación, ruptura uterina después de una cesárea previa, pre-eclampsia y eclampsia. En cuanto las indicaciones fetales se encuentran pelvis inadecuadas, producto macrosómico, dentro de la principal causa de muerte neonatal fue asfixia y trauma al nacer. (23)

La comprensión de la realidad epidemiológica de la maternidad y sus resultados maternos neonatales, es una herramienta importante para la realización de la práctica obstétrica; que contribuyen a la calidad de la atención y la capacitación de los recursos humanos en formación. Los resultados muestran una prevalencia de embarazos con diversas enfermedades y complicaciones, en proporciones muy alejadas de las que se encuentran en las salas de maternidad. (27)

Las iniciativas para reducir las cesáreas, se centrarán en las mujeres que nunca han tenido una cesárea, porque tienen la creencia que el nacimiento por vía abdominal es más seguro para ellas y su bebe; es más visto en mujeres con alto nivel socioeconómico. Los médicos son impulsados por la presión financiera, cuando el paciente tiene seguro de gastos médicos mayores. Las cesáreas electivas pueden reflejar preferencias hospitalarias, por ser una decisión más rápida, los horarios menos variables; mejor utilización de los quirófanos y los recursos hospitalarios. (37)

Las mujeres con amplia cobertura de seguro gastos médicos, prefieren las cesáreas electivas, a causa de su percepción inexacta que disminuye la morbilidad postparto o que tiene ventajas para la salud neonatal. Se debe dar una mejor educación prenatal para cambiar este concepto. (37)

La repetición de cesárea electiva, tiene consecuencias económicas para el sistema sanitario, ya que tiende a ser mayor y repercutir en la salud materna a corto plazo. Un parto abdominal cuesta más del doble que un parto vaginal.

El curso de la mujer en obstetricia con una cicatriz previa, atrae a las principales preocupaciones de salud pública, la decisión clínica que afecta no solo a la mujer y al niño, sino también al sistema de atención en materia de salud y por otra parte la sociedad en conjunto. (38)

Hay cinco complicaciones maternas lo que lleva a la mortalidad: ruptura uterina, histerectomía, lesión operatoria, transfusión sanguínea y en el periodo postparto endometriosis. Su estancia fue más larga en la ruptura uterina y transfusión de sangre de cinco días, un día más cuando se le realizó histerectomía. (38)

Las cesáreas electivas a término, están asociadas a morbilidad respiratoria neonatal, sobre todo taquipnea transitoria y en la enfermedad de membrana hialina. Este aumento de la morbilidad tiene consecuencias, mayores estancias en la unidad de cuidados intensivos neonatales y de la reanimación neonatal; en el uso de procedimientos invasivos de diagnósticos y terapéuticos. (39)

Un parto por cesárea, tiene menos probabilidades de tener un segundo embarazo con un intervalo de gestación más largo, esto es menor en las mujeres primíparas debido a situaciones de índole social y psicológica. (40)

El parto por cesárea, se asocia a un riesgo significativo mayor de morbilidad materna incluyendo hemorragia, dolor crónico, adhesión de la pelvis, subfertilidad, placenta acreta y mortalidad; en comparación del parto vaginal. Mayor riesgo de morbilidad perinatal. Los beneficios asociados son reducción de la incontinencia urinaria y su necesidad en situaciones de emergencia tales como la presentación pélvica, la prematuridad y la distocia.

Hoy en día, es una operación mucho más segura debido a los avances en la anestesia, antibióticos, entrenamiento quirúrgico y la transfusión sanguínea. (40)

Por lo que se realiza este estudio en el Hospital General de Zona y Unidad Médico Familiar N.1 en el estado de Hidalgo, en la población de embarazadas entre los años 2015 a 2016, en embarazos de término que se resolvió el parto en cesárea, ya que se ha observado un alza en las tasas en los últimos años con alto índice muerte materno fetal.

3.- JUSTIFICACIÓN

México es una de las naciones con un número de cesáreas más alta de Latinoamérica y del mundo en la actualidad hasta un 50%. Con una incidencia en Europa del 21% en Gran Bretaña, Estados Unidos 26%, Australia 23%.

La alta frecuencia de cesárea en este Instituto a nivel de segundo a tercer nivel es un problema de salud pública, se piensa que se va incrementar en los siguientes años. La razón está relacionada con este hecho es la seguridad que ofrece este procedimiento por complacer el médico y el paciente, falta de experiencia en los obstetras jóvenes, temor a problemas médico legales y presión de la paciente al médico. Si está Influendo otros factores como: edad, IMC, enfermedades concomitantes con el embarazo y mala práctica obstétrica.

En la literatura reporta un incremento importante en el segundo periodo del trabajo de parto. Tomando en cuenta el porcentaje de morbilidad 58.5% en el periodo de embarazo, parto y puerperio.

Al analizar el comportamiento de la operación cesárea en México, (en especial referencia a la situación en HGZMF No. 1 IMSS Pachuca, Hidalgo) es tratar de entender una perspectiva socio epidemiológica, saber porque se ha incrementado y sus repercusiones económicas. Y reducir la frecuencia con la que se realiza este procedimiento.

No se dispone de información suficientemente exhaustiva y de calidad en la presencia de los diferentes factores de riesgo de cesárea en el sector público a nivel Institucional IMSS en el HGZMF No. 1 Pachuca, Hidalgo, ya que existe incremento en las tasas en los últimos doce años

La incidencia en cesárea continúa en ascenso con múltiples indicaciones divididas en absolutas y relativas continúan en debate. Se trata de reducir la mortalidad fetal con disminución de los días de estancia hospitalaria. El que exista de cesáreas electivas o solicitadas por la madre, las cuales son realizadas por motivos socioculturales incluyendo aspectos éticos. Se debe considerar las complicaciones antes de realizar dicho procedimiento.

Las mortalidades maternas asociadas con la cesárea se presentan por endometritis, hemorragia, infección urinaria y trombo embolismo. En cambio, en la morbilidad hay una fuerte relación en mujeres obesas.

Es preocupante el daño fetal que con poca frecuencia se realiza en fetos en posición pélvica que reúnan los criterios para inducirse trabajo de parto. Tomando la decisión si se realiza por esta vía.

Debemos asegurarnos de que las mujeres y sus parejas comprendieron los riesgos, beneficios, alternativas y enfoques de este procedimiento quirúrgico. El otorgar la información completa permite que las mujeres elijan lo mejor para sus bebés y para ellas. Esta información se debe dar en las visitas prenatales, para tener una mayor oportunidad de responder las dudas y explicar detalladamente el procedimiento, el tiempo de recuperación, las complicaciones que pueden presentarse.

Proponer intervenciones específicas en todos los escenarios que se encuentre en las mujeres seleccionadas en este estudio, al decidir la realización de cesárea que se requieren para prevenir la mortalidad materna. Ya que poco ha cambiado desde las Iniciativa por una Maternidad Segura desde 1987, por lo que es necesario hacer algo más y rápido.

Al reducir la tasa de nacimientos por cesáreas se incrementarán los intentos por parto vaginal entre las mujeres de bajo riesgo.

Los datos de los grupos de mujeres que tienen acceso a la atención prenatal se utilizará para realizar este estudio, para saber si fue la mejor elección de candidatas para parto por cesárea. Esto nos ayuda a comprender el número de repetición de cesáreas no deseadas que sufren las mujeres.

Los resultados nos dirán si se necesita fortalecer los servicios de atención obstétrica disponible para las mujeres en este nosocomio, verificar que sea eficiente el cuidado de las madres y los recién nacidos.

Ampliar la información con este estudio y la conciencia acerca de la magnitud de estos problemas y su repercusión en la salud de la mujer, los niños, las familias y las futuras generaciones de las beneficiarias, otorgándoles mejor atención sobre las necesidades en este proceso determinate para la salud o enfermedad.

A falta de definición o consenso sobre las variables fundamentales, disminuiré la heterogeneidad dentro de los grupos de embarazadas; este estudio nos dará un panorama de la atención de parto por vía abdominal adaptado a nuestras necesidades.

Al no existir en el HGZMF No. 1 de Pachuca, Hidalgo. Información sobre la incidencia e indicaciones precisas, esto es factible por existir las fuentes de información, los recursos necesarios, se considera justificado realizar una investigación para tener conocimiento y poder efectuar mejor atención médica.

4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe un alto índice de cesáreas en nuestro medio y por ende complicaciones desde aumento en la morbilidad materna y fetal como la mortalidad, por lo que este estudio pretende analizar la incidencia de cesárea e indicaciones para poder implementar acciones que se reflejaran en una mejor atención obstétrica. Su finalidad es reducir el número de cesáreas en este estado, cual es la razón para realizar tantas cesáreas en estos años, esto me hará comprender el fenómeno que se vive en el HGZMF No. 1 en el estado de Hidalgo, que otras variables como son el peso, la edad, la condición social influyen en la realización de dicho evento.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la incidencia e indicaciones de cesárea en el HGZMF N°1 en el periodo de marzo del 2015 a marzo 2016?

¿La incidencia de Cesáreas en el HGZMF No. 1 rebasara el índice nacional?

¿La indicación de cesárea en el HGZMF No. 1 reportadas será similar en la literatura?

5.-OBJETIVOS

5.1 GENERALES:

Conocer la incidencia e indicaciones de cesárea, en embarazo de término en el HGZMF No. 1 del IMSS en Pachuca de Soto, Hidalgo, en el periodo marzo del 2015 a marzo del 2016.

5.2 ESPECIFICOS

Estimar la incidencia de la realización de cesáreas.

Determinar la indicación de la cesárea en el HGZMF No. 1.

Establecer si la incidencia de cesárea en el HGZMF No. 1 rebasa el índice nacional.

Determinar si existe similitud en la indicación de la cesárea HGZMF No. 1 y el reporte de la literatura.

6. HIPOTESIS DE INVESTIGACION

En nuestro medio HGZMF No. 1 existe una correlación del índice de cesárea con el indicador nacional.

La incidencia de cesárea en el HGZMF No. 1 es acorde a lo reportado en el índice nacional.

Las indicaciones de cesárea en el HGZMF No. 1 son similares a las reportadas en la literatura.

HIPÓTESIS NULA

En nuestro medio HGZMF N°1 existe un alto índice de cesárea, rebasando el indicador nacional.

La indicación de cesárea en el HGZMF No. 1 no corresponde a la reportada en la literatura.

HIPÓTESIS ALTERNA

En nuestro medio HGZMF No. 1, existe un índice adecuado en la realización cesárea.

La incidencia no rebasa el índice nacional.

La indicación de cesárea en el HGZMF No. 1^a a analizar no es similar a la reportada en la literatura.

7. MATERIAL Y MÉTODOS:

Este estudio se realizó en pacientes derechohabientes del HGZMF No. 1, Pachuca de Soto, Hidalgo; en el periodo comprendido del 1 marzo del 2015 al 1 marzo del 2016, con embarazo de término que se resolvió por vía abdominal.

Se revisó los expedientes de estas pacientes. Solo aquellos casos que cumplieron criterios de selección fueron incluidos. Se revisó por edad materna, estado civil, etnia, nivel educativo, ingresos familiares, factores estresantes; experiencias laborales y de nacimientos anteriores, edad gestacional, enfermedades concomitantes, programación electiva o de urgencias, indicación de la cirugía. Se elaboró una hoja de datos elaborada en Excel, se registró nombre, número de seguridad social, edad materna, estado civil, etnia, nivel educativo, ingresos familiares, factores estresantes, experiencias laborales y de nacimientos anteriores, edad Gestacional, enfermedades concomitantes, programación electiva o de urgencias, indicación de la cirugía, complicaciones maternas y del recién nacido, tiempo de realización de la cesárea, morbilidad materna asociado a embarazo, diagnóstico postoperatorio. Se aplicó estadística, siendo calculada la tasa de incidencia de cesárea. Se trabaja con programa estadístico de spss. Se realizó un análisis univariado con descripción de proporciones para las variables cualitativas y con realización de medidas de tendencia central para variables cuantitativas. Posteriormente se obtendrá un análisis bivariado de las variables que se consideren

relacionado y relevante, a partir de las cuales se obtendrán medidas de riesgo y asociación posteriormente se modelara y se realizara análisis de inferencia en las variables para determinar su significancia estadística.

Es un estudio de cohorte histórico, observacional, retrolectivo, analítico. Sólo aquellos casos que cumplieron criterios de selección. El tipo de muestreo es no aleatorio. El tamaño de la muestra es de 957.

8. MÉTODO DE MUESTREO

Muestreo no probabilístico.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con embarazo de término.
- Pacientes de 13 a 45 años de edad.
- Pacientes en cualquier estado civil.
- Pacientes derechohabientes.
- Pacientes de cualquier etnia.
- Pacientes con o sin nivel educativo.
- Pacientes con o sin ingresos familiares menores.
- Pacientes con o sin sentimientos negativos hacia el procedimiento.
- Pacientes con o sin experiencia laboral.
- Pacientes con experiencias de nacimientos anteriores sin cesáreas.
- Pacientes con desnutrición, peso normal, sobrepeso y obesidad.
- Pacientes embarazadas con o sin enfermedades crónicas degenerativas previas.
- Pacientes que les realizo la cesárea urgente o electiva.
- Pacientes que presentaron o no alguna enfermedad en el embarazo.
- Pacientes que presentaron o no complicación materna y neonatal.
- Pacientes que tengan o no método de planificación familiar.
- Pacientes con o sin control prenatal en esta unidad.
- Pacientes que se les realizó partograma.
- Pacientes con o sin administración de antibióticos después de la cesárea.
- Pacientes con expediente clínico completo.
- Pacientes que se resolvió su embarazo por vía abdominal en esta unidad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes no embarazadas.
- Pacientes menores de 13 años.
- Pacientes mayores de 45 años.
- Pacientes con cesáreas previas.
- Pacientes con resolución del embarazo por vía vaginal.
- Pacientes no derechohabientes.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no tuvieran el expediente completo.
- Pacientes que no llegaron a término del embarazo.
- Pacientes que no se atendieron el embarazo en la unidad.
- Pacientes por parto vaginal.

8.1 CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Es integrada por la totalidad de embarazadas de término que se resolvió su embarazo por vía abdominal en el periodo establecido y que cumplieron los criterios de selección.

La mujer embarazada en este periodo fue de 2055 derechohabientes.

Se calculó el tamaño de la muestra por la siguiente formula:

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (p)(q)}{\delta^2}$$

En donde:

N: es el tamaño de la muestra que se requiere.

p= proporción de pacientes con cesárea en estudio.

q=1-p pacientes embarazadas con vía resolución parto vaginal.

δ= presión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

Zα= distancia de la media del valor de significación propuesto.

Las estimaciones nacionales previas que sugieren el porcentaje de realización de cesárea se encuentra alrededor de 47.5%. Se acepta una precisión de ±3 (δ=0.03) y una confianza del 95% (α=0.05, Zα= 1.96). Se sustituyen estos valores

El porcentaje del número de cesáreas realizadas es 47.5% (p=0.475), (q =1-p= 0.525).

Precisión de la estimación=±3 (δ=0.03)

Nivel de confianza=95% (α=0.05, Zα= 1.96)

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.475)(0.525)}{0.03^2} = \frac{(3.84)^{0.249}}{0.0010} = 957$$

9. Descripción de Variables según la Metodología:

Variables independientes: edad de la madre, edad gestacional, peso, métodos de planificación familiar, uso de partograma, estado civil, etnia, nivel educativo, ingresos familiares, factores estresantes, experiencias laborales, experiencias de nacimientos anteriores, enfermedades de la madre, morbilidad materna, complicaciones maternas, complicaciones del recién nacido, duración de la realización de cesárea, administración de antibióticos, programación de ser electiva o de urgencia

Variables dependientes: indicación de cesárea.

9.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Edad de la madre:	Número de años transcurridos desde el nacimiento hasta un momento determinado.	Edad de la paciente referida en la historia clínica.	Cuantitativa discreta.	Años.
Estado civil:	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Estado de la paciente referida en la historia clínica.	Cualitativa nominal.	Soltera Casada Unión libre Divorciado Viudo.
Etnia:	es un conjunto de personas que tienen en común rasgos culturales, idioma, religión, celebración de ciertas festividades, expresiones artísticas (como música), vestimenta, nexos históricos, tipo de alimentación, y, mu-	Se obtiene en la historia clínica.	Cualitativa nominal.	Dialectos: Náhuatl, Otomí, Tepehua, Mixteco.

	chas veces, un territorio o todas las opciones juntas, individuales o más de dos en común.			
Nivel educativo:	Es el grado más alto de estudios que una persona ha cursado y ha abandonado ya, bien porque los haya concluido o bien porque los interrumpió antes de terminarlos. Por tanto, afecta exclusivamente a la población no estudiante.	Obtenido de la historia clínica en sus antecedentes personales.	Cualitativa ordinal.	Analfabetas Educación Inicial, Básica, media superior Superior.
Ingresos familiares:	Es la suma de ingresos económicos de todos los miembros de la familia.	Se encuentran estos datos en el número de personas que trabajan en la familia y cuantos salarios mínimos reciben según el patrón que lo asegura.	Cuantitativa continúa.	Salarios mínimos recibidos en la familia.
Factores estresantes:	Reacción psicológica de la paciente, con sentimientos de pérdida, fracaso y dificultades notables en la adaptación posterior y en el vínculo con su	Se obtiene del expediente en sus notas de evolución.	Cualitativa nominal.	Sentimientos de incompetencia, aislamiento, ansiedad, tristeza, miedo, estrés, rabia, preocupación, nerviosismo, decepción y sensación de fracaso por no haber cumplido con el papel que se

	hijo.			esperaba de ellos, como soporte activo en el parto.
Ocupación y oficio:	Conjunto de conocimientos y aptitudes que un individuo o grupo de personas ha adquirido a partir de realizar alguna actividad profesional en un transcurso de tiempo determinado.	Se obtiene en el expediente clínico en la historia clínica o la hoja de trabajo social.	Cualitativa nominal.	Empleada, Obrera, Secretaria, Contadora, Decoradora, Ninguna.
Experiencias de nacimiento anteriores:	Expulsión de productos previos completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o esté unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de gestación. El término se emplea tanto para los que nacen vivos como para los mortinatos.	Obtenido de los antecedentes ginecobstetricia en la historia clínica.	Cuantitativas discontinuas.	En número ordinario Partos Cesáreas Abortos Partos que no llegaron a término, las semanas con meses.
Indicación de cesárea	Causas para realizar el pro-	Obtenido de la nota pre quirúr-	Cualitativa nominal.	Cesárea iterativa, Presentación pélvica,

	<p>cedimiento quirúrgico que tiene por objeto extraer al feto, vivo o muerto a través de laparotomía e incisión de la pared uterina después de que el embarazo ha llegado a la viabilidad fetal.</p>	<p>gica en los diagnósticos.</p>	<p>Sufrimiento fetal, Retrasó del crecimiento intrauterino. Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta. Placenta previa, Placenta de inserción baja. Incisión uterina corporal previa, Presentación de cara. Prolapso de cordón umbilical, Hidrocefalia. Gemelos unidos, Infecciones maternas de transmisión vertical, VIH. Embarazo pre término (<1500 gramos de peso fetal). Condilomas bulbares grandes. Desproporción Céfalo Pélvica. Enfermedad hipertensiva del embarazo. Ruptura prematura de membrana. Embarazo pos término, Embarazo múltiple. Distocia dinámica, Isoinmunización materno-fetal. Diabetes mellitus, Antecedentes de deciduo miometritis; Antecedentes de metroplastia. Antecedentes de miomectomía, Miomatosis uterina, Oligohidramnios. Cirugía vaginal previa, Primigesta añosa,</p>
--	--	----------------------------------	---

				Cesárea electiva.
Edad gestacional:	Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio.	Edad gestacional que se encuentra en la historia clínica y en las notas médicas en el momento que se va practicar la cesárea.	Cuantitativa discreta.	Semanas y días completos.
Peso de la gestante:	A la medida de masa corporal.	En el parto grama o historia clínica, notas médicas.	Cuantitativa continúa.	Kilos.
Enfermedades crónicas degenerativas de la madre previa.	Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto.	Referidas en la historia clínica.	Cualitativa nominal.	Crónico degenerativas, Hipertensión, Diabetes, Artritis reumatoide, Hipotiroidismo, Asma.
Cesárea electiva o de urgencia:	Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médi-	En el expediente clínico se recabará en la hoja quirúrgica.	Cualitativas categóricas.	Electiva Urgente.

	<p>ca y se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto.</p> <p>Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.</p>			
Morbilidad materna:	Es la proporción de embarazadas que se enferman en un sitio y tiempo determinado.	Obtenida del expediente clínico en las hojas de evolución.	Cualitativa categóricas.	<p>Infección de vías urinarias,</p> <p>Ruptura prematura de membranas,</p> <p>Enfermedades hipertensivas del embarazo,</p> <p>Diabetes gestacional.</p>
Complicaciones maternas:	Son aquellas que amenazan la vida de la madre y se desarrollan durante las siguientes horas críticas del nacimiento o después del parto.	Obtenida en las hojas postquirúrgica-cas.	Cualitativa categórica.	<p>Hemorragia,</p> <p>Sepsis,</p> <p>Eclampsia.</p> <p>Obstrucción del parto.</p>
Complicaciones del recién nacido:	Son aquellas que amenazan la vida del recién nacido y se	Obtenidas en el expediente clínico.	Cualitativa nominal.	<p>Compromiso respiratorio,</p> <p>Bajas puntuaciones</p>

	desarrollan durante las siguientes horas críticas del nacimiento o después del parto.			del apgar o sea admitido en la UCIN. Distocias de hombro.
Método de planificación familiar:	Son aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente.	Obtenidas en las hojas de consentimiento informado.	Cualitativa nominal.	Hormonales orales, Hormonales inyectables, Hormonales sub dérmicos, Dispositivos intrauterinos. Definitivos: Oclusión tumbaría bilateral, Vasectomía. Métodos de barrera y espermicidas.
Toma de decisiones para realizar cesárea:	Tiempo que transcurre desde la fase activa hasta la realización de cesárea.	En el partograma y las hojas de notas quirúrgicas.	Cuantitativas discretas.	En horas y minutos.
Administración de antibiótico:	Sustancia química que impide el desarrollo o destruye ciertos microbios o los destruye.	En las hojas del expediente clínico en rubro de indicaciones médicas y hojas de enfermería.	Cualitativas.	Si se administró antibiótico No se administró antibiótico.
Uso de partograma:	Herramienta para monitorizar el trabajo de parto al agregar al gráfico.	En el partograma de cada expediente.	Cuantitativas discontinuas.	Frecuencia cardiaca fetal, dilatación del cuello uterino, contracciones y frecuencia de pulso de la

	Incluye diferentes variables.			madre. Representadas gráficamente en un papel impreso.
--	-------------------------------	--	--	--

11. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se considera este estudio de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud vigente desde el 2007, en base al Segundo Título artículo 17 como investigación sin riesgo ya que sólo se realizará revisión de expedientes clínicos y no se consideran problemas de temas sensibles para los datos obtenidos en la investigación y capítulo 1. Además de cumplir en lo estipulado por la Ley General de Salud en los artículos 98 en la cual estipula la supervisión del Comité de Ética para la realización de la investigación y se cumple con las bases del artículo 100, en materia de seguridad. (23). Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (comprobado el 05 de diciembre del 2008), apartado 25. (24). El investigador se apegará a la pauta 12 de la confidencialidad de la declaración de Helsinki, al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese revelar la identidad de las personas, limitando el acceso a los datos, o por otros medios. En la pauta 8 la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes. Se consideran también su enmienda año 2002 sobre no utilización de placebos. Y se consideran los lineamientos de la OMS en las guías de consideración ética para poblaciones CIOMS.

12. Recursos, financiamiento y factibilidad

- Investigador principal y dos investigadores asociados, con excelente trayectoria en investigación, artículos publicados, una amplia experiencia sobre el tema
- Los materiales fueron bolígrafos, hojas con esquema de recolección de datos y equipo de computación con programa de Word y Excel, SPSS; espacio físico.
- Los gastos económicos corrieron por parte de los investigadores
- Este estudio es factible ya que las pacientes, expedientes, los recursos humanos se encontraron disponibles en el HGZMF N°1.

13. RESULTADOS

El presente estudio consistió en la revisión de 957 expedientes clínicos de pacientes con resolución de embarazo por vía abdominal buscando la indicación e incidencia de la misma en el HGZ y MF N.1 en el periodo comprendido de marzo del 2015 a marzo del 2016., encontrando los siguientes resultados:

ANÁLISIS UNIVARIADO:

La edad de la madre promedio fue 27 años (± 6 D.E), siendo la edad mínima de 14 años y máxima 49 años. (Anexo 1).

El estado civil que mayor porcentaje de las pacientes estaban casadas (68.7%), en unión libre (22.3%), solteras (8.7%), divorciadas (0.4%). (Anexo 2).

Respecto al nivel educativo el 0.2% no sabe leer ni escribir; 2.4% con primaria; el 34.8% estudio secundaria, 57.5% bachillerato, el 5.1% tiene alguna licenciatura. (Anexo 3).

El ingreso familiar promedio de las pacientes es de 2.39 salarios mínimos, (± 0.6 D.E). (Anexo 4).

Los sentimientos que muestra las pacientes ante la cesárea, son principalmente miedo en el 23.8% de los casos; estrés 14.5% de los casos, 12.7% presenta enojo, 12% tristeza; 10.9% preocupación, ansiedad 8.2%, aislamiento 6.1%, nerviosismo 4.8%, incompetencia 4.4%, decepción (2.6%). (Anexo 5).

Respecto a la ocupación de la paciente 55.7% es empleada, 37.6% es ama de casa, 3.8% estudiante, 1.1% secretaria, 0.8% contadora, 0.7% obrera, 0.1% decoradora, 0.1% pensionada. (Anexo 6).

Del total de los expedientes revisados el 52.1% era primigesta, el 46.6% tenía un parto previo, el 0.2% aborto, el 1% óbito. (Anexo 7).

Respecto a los antecedentes personales patológicos de la madre el 96.6% era sana, el 0.05% tenía displasia de cadera, el 0.04% hipotiroidismo; 0.04% epilepsia, 0.03% diabetes mellitus tipo 2, 0.03% hipertensión arterial sistémica, 0.01% valvulopatía y cardiopatías. (Anexo 9).

Del total de las cesáreas realizadas el 0.3% fue electiva y el 99.7% de urgencia. (Anexo 10); Al 31.9% se le realizó prueba de trabajo. (Anexo 14). Las diez principales indicaciones fueron: desproporción céfalo pélvica en el 11.7% de los casos; trabajo de parto prolongado 10.3%; distocia de presentación 9.6%; Baja reserva fetal presente 9.5%; Ruptura prematura de membranas 6%; Oligohidramnios severo 5.6%; hipertensión gestacional 4.3%, doble circular de cordón umbilical 2.9%; taquicardia fetal sostenida 2.6%; falta de trabajo de parto 2.1%. (Anexo 13). El tiempo promedio desde el ingreso hasta la decisión de realizar cesárea fue en promedio de 1.19 horas (± 0.6 D.E). (Anexo 21). El 99.9% de los casos se utiliza antibiótico profiláctico. (Anexo

20). Respecto a los métodos de planificación familiar los más utilizados por orden de frecuencia son: DIU 59.9%, OTB 30.9%, vasectomía 0.2%, Hormonal inyectable 1%; el 8.4% no acepta método de planificación familiar. (Anexo 23).

El 97.5% de los recién nacidos obtenidos fue de término y pos término 2.5%.(Anexo 12).El apgar obtenido es normal en 87% de los casos y el resto presentó baja puntuación, catalogado como hipoxia 12.4% llegando a asfixia 0.1%. (Anexo 18, 19). El 94.5% de las paciente no tuvo ninguna complicación en el puerperio quirúrgico inmediato y mediato, el resto presentó atonía uterina presentó 0.5%; Hemorragia obstétrica 0.4%; choque hipovolémico 0.4%; trombosis venosa secundaria a insuficiencia venosa periférica 0.2%, cetoacidosis diabética 0.1%; insuficiencia renal 0.1%.(Anexo 15).El peso del producto obtenido se encuentran normal para la edad gestacional (93%), bajo para edad gestacional (1.4%) y productos macrosómico (5.6%). (Anexo 16).

ANALISIS BIVARIADO:

En relación variables edad y cesárea

Resultado de Chi cuadrada: 0.04

Interpretación de chi cuadrada:

Si $p < 0.05$ el resultado es significativo, es decir, rechazamos la hipótesis nula de independencia y por lo tanto concluimos que ambas variables estudiadas son dependientes, existe una relación entre ellas. Esto significa que existe menos de 5% de probabilidad de que la hipótesis nula sea cierta en nuestra población.

El valor de 0.05 es un valor establecido de acuerdo a l nivel de confianza del 99%.

En cuanto al peso del producto en relación con la realización de la Cesárea la chi cuadrada es significativa bilateral < 0.001

En relación a cesáreas realizadas de manera urgente o programadas por edad se encuentra un valor de Chi cuadrada de Pearson 5.374 con una asociación lineal de 0.410.

14. DISCUSIÓN.

El objetivo de este estudio fue conocer la incidencia e indicaciones de cesárea en el HGZMF N°1 en el periodo de marzo del 2015 a marzo 2016. Debido a que ha incrementado el índice de cesáreas de manera injustificadas a nivel nacional.

En este estudio se encontró que la edad de la madre promedio fue 27 años comparado con lo reportado en ENSA 2000 y ENSANUT 2006 Y 2007 que cerca de las tres cuartas partes de ella fue de 20 a 34 años hay una correlación entre mayor número de cesáreas realizadas a medida que avanza la edad de la madre.

Respecto al nivel educativo reportado en las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición se destacó como máximo nivel de estudio secundaria y más en un 75.7% comparándolo con el estudio realizado tenemos mayor nivel educativo 97.4%, en estas mujeres las cesáreas urgentes son más numerosa que las programadas.

El ingreso familiar según ENSANUT 2012 pertenecían a al estrato socioeconómico bajo en un 44.2%, se pudo determinar que en el estudio el ingreso familiar promedio de las pacientes es de 2.39 salarios mínimos.

En el reporte de la literatura se menciona que las cesáreas aumentan el índice de depresión postparto y desordenes postraumático posterior a la cirugía por lo que se corrobora por el estudio realizado que los sentimientos que muestra las pacientes ante la cesárea, son principalmente miedo 23.8%, estrés 14.5%, 12.7% enojo, 12% tristeza; 10.9% preocupación, ansiedad 8.2%, aislamiento 6.1%, nerviosismo 4.8%, incompetencia 4.4%, decepción 2.6%.

En un estudio de tres diseños muestrales con representabilidad nacional y estatal se menciona que las mujeres habían tenido de uno, dos, tres o más hijos (32.8, 30.9 y 36.3% respectivamente) en el estudio realizado se observa que también hay un incremento cuando son primigesta en un 52.1%, el 46.6% tenía un parto previo.

La incidencia en el HGZ y MF N.1 se encuentra en un 46% no rebasado el índice a nivel nacional del 50%.

Del total de las cesáreas realizadas el 0.3% fue electiva y el 99.7% de urgencia

Otra práctica común en obstetricia es la inducción del trabajo de parto la literatura describe que este procedimiento incrementa el 70% las complicaciones perinatales y favorece la terminación del embarazo por vía abdominal aunque en las pacientes de este estudio al 31.9% se le realizó prueba de trabajo, sin presentar asociación significativa.

En cuanto a las indicaciones de cesáreas a nivel nacional se encuentran Desproporción Céfalo pélvica, baja reserva fetal y sufrimiento fetal agudo, encontrando similitud para la interrupción del embarazo vía abdominal en la HGZ Y UMF N.1.

El tiempo promedio desde el ingreso hasta la decisión de realizar cesárea fue en promedio de 1.19 horas

El 99.9% de los casos se utiliza antibiótico profiláctico, ya que en la literatura se reporta que está asociada la cesárea a complicaciones infecciosas.

El 97.5% de los recién nacidos obtenidos fue de término y pos término 2.5%,

El apgar obtenido es normal en 87% de los casos y el resto presentó baja puntuación, catalogado como hipoxia 12.4% llegando a asfixia 0.1%, siendo las principales causas de muerte perinatal.

Hay 5 complicaciones maternas lo que lleva a la mortalidad entre las que destacan ruptura uterina, histerectomía, lesión operatoria, transfusión sanguínea y en este estudio solo el 5.5% de las pacientes presentó atonía uterina 0.5%; Hemorragia obstétrica 0.4%; choque hipovolémico 0.4%; trombosis venosa secundaria a insuficiencia venosa periférica 0.2%, cetoacidosis diabética 0.1%; insuficiencia renal 0.1%,

El peso del producto obtenido se encuentran normal para la edad gestacional (93%), bajo para edad gestacional (1.4%) y productos macrosómico (5.6%).

En el caso del HGZ Y UMF N. 1 hemos encontrado que las principales causas para realizar las cesáreas están justificadas.

15. CONCLUSIONES.

Los factores de riesgo en la embarazada que se le realizó cesárea, se pudo observar en este estudio, donde hay una relación multifactorial, entre la edad, peso del producto y de la gestante, morbilidades maternas, enfermedades crónicas degenerativas previas, si se le realizó la prueba de parto, que influyen en el pronóstico del bienestar fetal y la vida de resolución del embarazo.

Las principales indicaciones de la operación Cesárea, de las cuales el orden de frecuencia es la desproporción cefálico pélvica (11%), trabajo de parto prolongado (10.3%), Baja reserva fetal (9.5%), Ruptura prematura de membranas (6%), Oligohidramnios severo (5.6%), situación oblicua (4.9%), presentación pélvica (4.7%), hipertensión gestacional (4.3%), doble circular de cordón umbilical (2.9%) taquicardia fetal sostenida (2.6%), sin presencia de trabajo de parto (2.1%), macrostomia fetal (1.7%), Hipomotilidad fetal (1.5%).

Los datos proporcionados nos permiten sustentar que todas las indicaciones fueron de manera asertiva para la interrupción el embarazo.

Realizar en cada paciente embarazada una revisión exhaustiva para determinar los factores de riesgo, para la realización de Cesárea, llevando una relación médica paciente adecuada, en donde se participe a nivel multidisciplinario, para evitar complicaciones posteriores.

Vigilancia del trabajo de parto continuo, en donde se corrobore estado de bienestar fetal para evitar baja reserva fetal, sufrimiento fetal agudo, tomar oportunamente la decisión de la realización de Cesárea en base a estudios de diagnóstico que justifiquen su intervención.

En este estudio se ve reflejado que la toma de decisiones repercuten en la calidad de vida del binomio, nos permite evaluar cuales fueron las indicaciones y que acciones se tomaron de manera oportuna.

Al realizar el cálculo de chi cuadrada, tenemos un resultados de 0.04 por lo cual rechaza la hipótesis nula quedando nuestra hipótesis como: en nuestro medio HGZMF No. 1 existe una correlación del índice de cesárea con el indicador nacional, la incidencia de cesárea en el HGZMF No. 1 es acorde a lo reportado en el índice nacional, por lo tanto

las indicaciones de cesárea en el HGZMF No. 1 son similares a las reportadas en la literatura.

En la búsqueda de equilibrar la tasa de incidencia y su justificación para realizar la Cesárea por presentar complicaciones a corto y mediano plazo es tarea del equipo de salud desde el primer nivel de atención, al detectar factores de riesgo y en conjunto tratarlos.

En un análisis del cuidado del médico hacia el paciente incluyen los procedimientos para llegar a un diagnóstico y tratamiento, que los recursos sean usados para mejoría de la calidad de vida.

Entre los factores que influyen para que haya un incremento en la incidencia es multifactorial tomando en cuenta que existen cambios en la madre y su relación con la Cesárea, por su principal preocupación por el bienestar del binomio. Factores sociales e institucionales intervienen en la aceptación a este procedimiento que bien indicado mejora las condiciones clínicas.

El factor materno que observamos fue el miedo al dolor, influyendo para la realización de oclusión tubarica bilateral, que aunque no es un método que se prefiera, finalmente la buena o mala experiencia que se tuvo en partos anteriores, son factores que se asocian a la elección de la Cesárea.

BIBLIOGRAFIA

1. Drehmer M, Duncan BB, Kac G, Schmidt MI. Association of second and third trimester weight gain in pregnancy with maternal and fetal outcomes. *PLoS One*. 2013 Jan; 8 (1):1-8.
2. Méndez F, Ruiz R, Fonseca H, Valenzuela M. Tendencia de Cesáreas de 1995 a agosto del 2006 en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora y su comparación con el Índice a Nivel Nacional. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*. 2007; 24 (2):50-55.
3. Gonzales E, González C. An Examination of cesarean and vaginal birth histories among Hispanic women entering prenatal care in two California Counties with large immigrant populations. *J Immigr Minor Health*. 2012; 14:209–214.
4. Vallesteros PA, Espino SS, Ruiz SJ, Duran AL, et al. Tendencias y factores asociados a cesáreas en México: validación de un instrumento. *Perinatol Reprod Hum*. 2011; 25(4):212-218.
5. Suárez LL, Campero L, De la Vara SE, Rivera RL, Hernández SM, Walker D et al. Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesárea en México. *Salud Pública Méx*. 2013; 55:225-234.
6. Ruiz SJ, Espino SS, Vallejos PA, Duran LA, et al. Cesárea: Tendencia y resultados. *Perinatol Reprod Hum*. 2014; 28(1):33-40.
7. Barrett JF, Hannah M, Hutton E, Willan A, Allen A, Armson A, et al. A randomized trial of planned cesarean or vaginal delivery for twin pregnancy. *N. Engl. J. Med*. 2013 Oct; 369(14):1295–1305.
8. Herrerías T. Panorama de la mortalidad materna. *Perinatol Reprod Hum*. 2010 Mar; 24(1):5-6.
9. Betrán A, Vindevoghel N, Souza J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. A systematic review of the Robson classification for caesarean section: what works, doesn't work and how to improve it. *PLoS One*. 2014; 9(6):10.

10. Smith GC, Celik E, To M, Khouri O, Nicolaides KH. Cervical length at mid-pregnancy and the risk of primary cesarean delivery. *N Engl J Med.* 2008 Mar; 358(13):1346-1352.
11. Towner D, Castro MA, Eby-Wilkens E, Gilbert WM. Effect of mode delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. *N. ENGL. J. Med.* 1999 Dec; 341(23).
12. Puia D. A meta-synthesis of women's experiences of cesarean Birth. *MCN.* 2003 Jan; 38(1):41-47.
13. Khan R, Blum LS, Sultana M, Bilkis S, Koblinsky M. An Examination of women experiencing obstetric complications requiring emergency care. *J. Health. Popul. Nutr.* 2012 Jun; 30(2):159-171.
14. Rozen G, Ugoni AM, Sheehan PM. A new perspective on VBAC: A retrospective cohort study. *Women Birth.* 2011 Mar 12; 24(1):3-9.
15. Hall WA, Stoll K, Hutton EK, Brown H. A prospective study of effect of psychological factors and sleep on obstetric interventions mode of birth and neonatal outcomes among low-risk british Columbia women. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012 Aug 11; 12(78):1471-2393.
16. Corton MM, Lankford JC, Ames R, McIntire DD, Alexander JM, Leveno KJ, et al. A randomized trial of birthing with and without stirrups. *Am J Obstet Gynecol.* 2012 Aug; 207(2):133.
17. Vendittelli F, Tassié MC, Gerbaud L, Lémery D. Appropriateness of elective caesarean deliveries in perinatal network: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014 Apr 9; 14(135).
18. Ostovar R, Pourreza A, Rashidian A, Rashidi BH, Hantooshzadeh S, Haghollai F, Ardebili HE, Mahmoudi M, et al. Appropriateness of cesarean sections using the RAND Appropriateness Method criteria. *Arch Iran Med.* 2012 Jan; 15(1):8-13.
19. Hannah ME, Ohlsson A, Farine D, Hewson SA, Hodnett ED, Myhr TL, Wang EE, Weston JA, Willan AR, et al. Induction of labor compared with expectant

- management for prelabor rupture of the membranes at term. *N Engl J Med.*1996 Apr; 334(16):1015-1010.
20. Mueller M, Kolly L, Bauman M, Imboden S, Surbek D. Analysis of caesarean section rates over time in a single Swiss centre using a ten-group classification system. *Swiss Med Wkly.*2014 Feb 19; 144:1-11.
 21. Backer JJ, Verhoeven CJ, Janssen PF, van Lith JM, van Oudgaarden ED, Bloemenkamp KW, Papatsonis DN, Mol BW, van der Post JA, et al. Outcomes after internal versus external tocodynamometry for monitoring Labor. *N Engl J Med.*2010 Jan 28; 362(4):306-313.
 22. Schnettler WT, Rogers J, Barber RE, Hacker MR. A modified fetal heart rate tracing interpretation system for prediction of cesarean section.2012 Jul;25(7):1055-1058.
 23. Landry E, Pett C, Fiorentino R, Ruminjo J, Mattison C. Assessing the quality of record keeping for cesarean deliveries: results from a multicenter retrospective record review in five low-income countries. *BMC Pregnancy Childbirth.*2014 Apr; 14(139):1-11.
 24. Epstein AJ, Srinivas SK, Nicholson S, Herrin J, Asch DA. Association between physicians' experience after training and maternal obstetrical outcomes: cohort study.*BMJ.*2013 Mar 28; 346:1-10.
 25. Rashid M, Rashid M. Accidental delivery of a baby during a caesarean section through a vaginal incision (a laparotomy). *BMJ.*2010 Nov; 23:1-4.
 26. Greene M. Two hundred years of progress in the practice of midwifery. *N Engl J.Med.*2012 Nov; 367(18):1732-1740.
 27. Reis ZS, Lage EM, Aguiar RA, Gaspar JS, Vitral GL, Machado EG, et al. Association between risk pregnancy and route of delivery with maternal and neonatal outcomes. *Rev Bras Ginecol Obstet.*2014 Feb; 36(2):65-71.
 28. Power ML, Henderson Z, Behler JE, Schulkin J. Attitudes and practices regarding late preterm birth among American obstetrician-gynecologists. *J Women's Health.*2013 Feb; 22(2):167-172.

29. Bloom SL, Spong CY, Thorm E, Varner MW, Rouse DJ, Weininger S, Ramin SM, Caritis SN, Peaceman A, Sorokin Y, Sciscione A, et al. Fetal pulse oximetry and cesarean delivery. *N Engl J Med.*2006 Nov 23; 355(21):2195-2202.
30. Alan T, Tita, Landon MB, Spong C, Yinglei L, Leveno KJ, Varner MW, et al. Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. *N Engl J Med.*2009 Jan 8; 360(2):111-120.
31. Romero I, Sánchez G, Romero E, Chávez M. Muerte Materna: Una revisión de la literatura sobre factores socioculturales. *Perinatol Reprod Hum.*2010 Mar;24(1):42-50.
32. Karchmer S. Maternidad Segura. ¿Porque se siguen muriendo las mujeres? *Perinatol Reprod hum.*2011 Mar 17; 25(1):7-9.
33. Martinez-Biarge M, Diez-Sebastián J, Wusthoff CJ, Mercuri E, Cowan FM. Antepartum and intrapartum factors preceding neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy. *Pediatrics.*2013 Oct; 132(4):952-959.
34. Hamilton BE, Hoyert DL, Martin JA, Strobino DM, Guyer B. Annual summary of vital statistics: 2010–2011. *Pediatrics.*2013 Mar; 131(3):548-558.
35. Romero R, Korzeniewsk SJ. Are infants born by elective cesarean delivery without labor at risk for developing immune disorders later in life. *Am J Obstet Gynecol.*2013 Apr; 208(4):243-246.
36. Harper LM, Cahill AG; Boslaugh S, Odibo AO, Stamilio DM, Roehl KA, Macones GA, et al. Association of induction of labor and uterine rupture in women attempting vaginal birth after cesarean: a survival analysis. *Am J Obstet Gynecol.*2012 Jan; 206(1):1-12.
37. Huesch MD. Association between type of health insurance and elective cesarean deliveries: New Jersey, 2004–2007. *Am J Public Health.*2011 Nov; 101(11):1-7.
38. Fawsitt CG, Bourke J, Greene RA, Everard CM, Murphy A, Lutomski JE. At what price? A Cost-effectiveness analysis comparing trial of labour after previ-

ous caesarean versus elective repeat caesarean delivery. PLoS One.2013 Mar 6; 8(3):1-8.

39. Ben Hamida Nouaili E, Bouziri A, Ben Miled A, Chaouachi S, Sfar R, Ben Jaballah N, et al. Neonatal respiratory morbidity after elective caesarean section at term. Tunis Med.2010 Dec;88(12):924-927.
40. O'Neill SM, Kearney PM, Kenny LC, Henriksen TB, Lutonski JE, Greene RA, Khashan AS, et al. Caesarean delivery and subsequent pregnancy interval: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth.2013 Aug 27; 13(165):1-12.

18. ANEXOS

La Operación cesárea se suele clasificar de acuerdo a los antecedentes obstétricos de la paciente en:

Primera: es la que se realiza por primera vez.
Iterativa: es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
Previa: es cuando existe el antecedente de cesárea anterior

Y según las indicaciones en:

Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica, después de que la mujer comenzara trabajo de parto activo. (23)
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. (3).

Según la técnica quirúrgica:

Transperitoneal.
Corporal o clásica (tipo Beck)
Segmento Asciforme (tipo kerr)

INDICACIONES PARA LA OPERACIÓN CESAREA

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas

Indicaciones absolutas	CAUSAS
Cesárea iterativa	materna
Presentación pélvica	fetal
Sufrimiento fetal	fetal
Retrasó del crecimiento intrauterino	materna
Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta	materna
Placenta previa	materna
Placenta de inserción baja	materna
Incisión uterina corporal previa	materna
Presentación de cara	fetal
Prolapso de cordón umbilical	fetal

Hidrocefalia	fetal
Gemelos unidos	mixta
Infecciones maternas de transmisión vertical VIH	materna
Embarazo pre término (<1500 gramos de peso fetal)	materna
Condilomas bulbares grandes	materna

Indicaciones Relativas	Causas
Desproporción céfalo pélvica	Mixta
Enfermedad hipertensiva del embarazo	Mixta
Ruptura prematura de membrana	Mixta
Embarazo pos término	Mixta
Embarazo múltiple	Mixta
Distocia dinámica	Materna
Isoinmunización materno-fetal	Mixta
Diabetes mellitus	Materna
Antecedentes de deciduo miometritis	Materna
Antecedentes de metro plastia	Materna
Antecedentes de miomectomía	Materna
Miomatosis uterina	Materna
Compromiso de historiografía	Materna
Oligohidramnios	Fetal
Cirugía vaginal previa	Materna
Primigesta añosa	Materna
Cesárea electiva	Materna

18.2 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE		NSS	
EDAD	ESTADO CIVIL a) Soltera b) Casada c) Unión libre d) Divorciada e) Viuda	ETNIA: 1.Dialectos () a) Náhuatl b) Otomí c) Tepehua d) Mixteco 2. Sin dialectos. ()	Nivel educativo a) Analfabetas Educación: b) inicial c) básica d) media superior e) superior
Ingresos familiares: Salarios mínimos recibidos: 1 2 3 4 5	Sentimientos hacia la cesárea: a) incompetencia b) aislamiento c) ansiedad d) tristeza e) miedo f) estrés g) enojo h) preocupación i) nerviosismo j) decepción	Ocupación y Oficio: a) <i>Empleada</i> b) <i>Obrera</i> c) <i>Secretaria</i> d) <i>Contadora</i> e) <i>Decoradora</i> f) <i>Ninguna</i>	Experiencias de nacimientos anteriores a) Buenas b) Malas Tipo: a) <i>Partos</i> b) <i>Cesáreas</i> c) <i>Abortos</i>

<p>Enfermedades crónicas degenerativas de la madre previas:</p> <p>a) Hipertensión b) Diabetes c) Artritis reumatoide d) Hipotiroidismo e) Asma f) Otras Especifique:</p>	<p>Cesárea</p> <p>a) electiva b) de urgencia.</p>	<p>Morbilidad materna:</p> <p>a) Infección de vías urinarias b) Ruptura prematura de membranas c) Enfermedades hipertensivas del embarazo d) Diabetes gestacional.</p>	<p>Edad Gestacional</p> <p>a) De término b) Pos término.</p> <p>Peso de la Gestante:</p> <p>Peso del Recién Nacido:</p> <p>Apgar:</p> <p>Partograma:</p> <p>a) si, completo b) si, incompleto c) No</p>
<p>Indicaciones de Cesárea: Especifique:</p>	<p>Prueba de trabajo de parto:</p> <p>a) Si b) No.</p>	<p>Complicaciones maternas</p> <p>a) Sepsis b) Eclampsia c) Obstrucción del parto d) Lesión a otros órganos e) Atonía uterina f) Re intervención quirúrgica g) Otras: Especifique:</p>	<p>Uso de Administración de antibiótico</p> <p>a) Si b) No.</p>
<p>Duración de la decisión de realizar cesárea:</p> <p>c) 1 a 4 horas</p>			

- d) 4 a 8 horas
- e) 8 a 12 horas
- f) 12 o más.

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR:

DIU ()

OTB ()

OTRO:

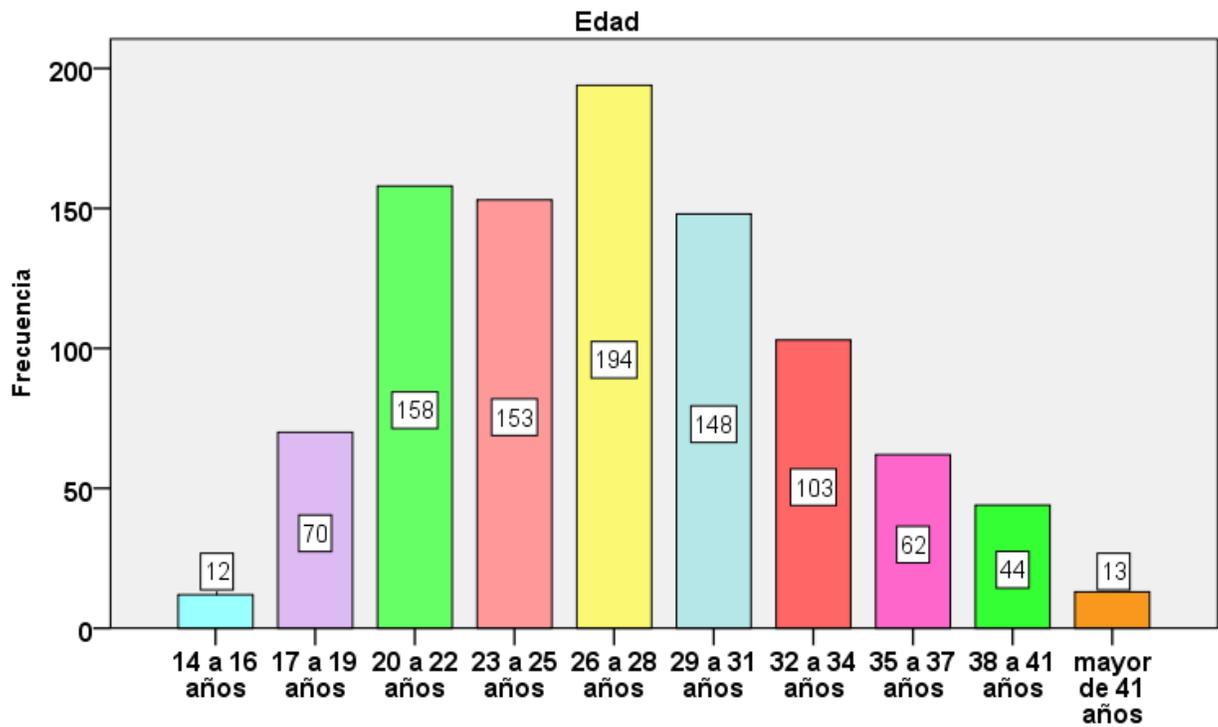
CUAL

NINGUNO ()

18.3 Anexos 1

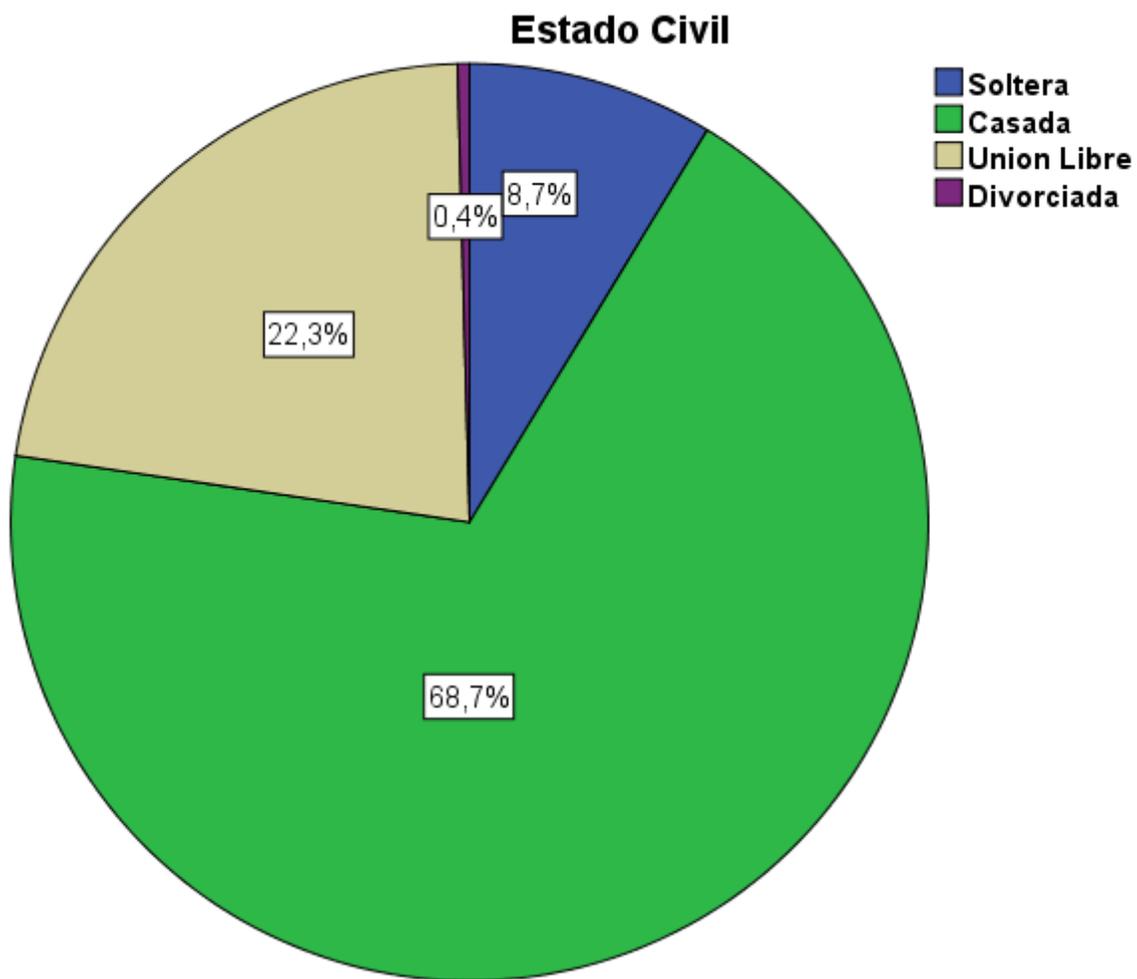
Edad (Agrupada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	14 a 16 años	12	1,3	1,3	1,3
	17 a 19 años	70	7,3	7,3	8,6
	20 a 22 años	158	16,5	16,5	25,1
	23 a 25 años	153	16,0	16,0	41,1
	26 a 28 años	194	20,3	20,3	61,3
	29 a 31 años	148	15,5	15,5	76,8
	32 a 34 años	103	10,8	10,8	87,6
	35 a 37 años	62	6,5	6,5	94,0
	38 a 41 años	44	4,6	4,6	98,6
	mayor de 41 años	13	1,4	1,4	100,0
	Total	957	100,0	100,0	



Anexo 2

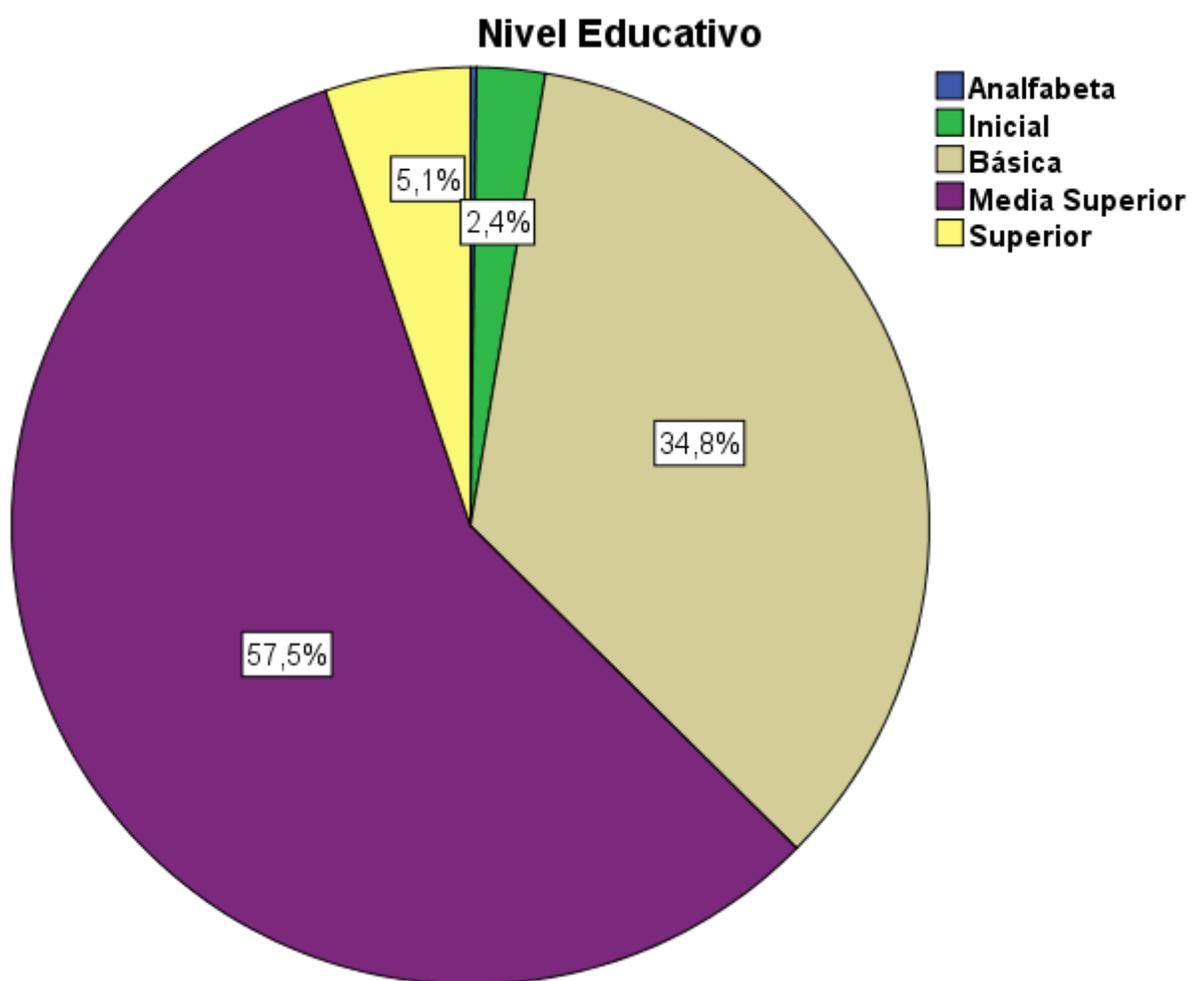
		Estado Civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera	83	8,7	8,7	8,7
	Casada	657	68,7	68,7	77,3
	Unión Libre	213	22,3	22,3	99,6
	Divorciada	4	,4	,4	100,0
	Total	957	100,0	100,0	



Anexo 3

Nivel Educativo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Analfabeta	2	,2	,2	,2
	Inicial	23	2,4	2,4	2,6
	Básica	333	34,8	34,8	37,4
	Media Superior	550	57,5	57,5	94,9
	Superior	49	5,1	5,1	100,0
	Total	957	100,0	100,0	

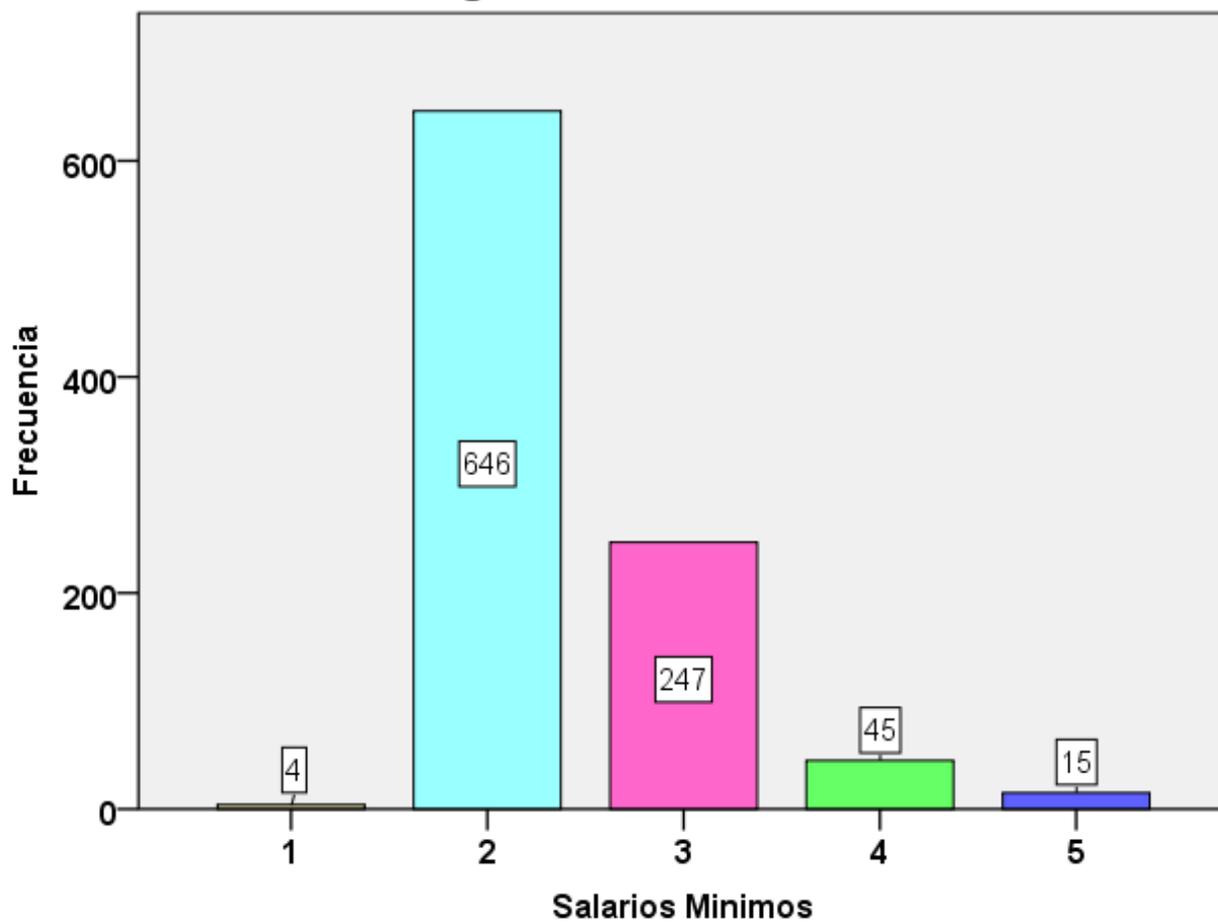


Anexo 4

Ingresos Familiares

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	4	,4	,4	,4
	2	646	67,5	67,5	67,9
	3	247	25,8	25,8	93,7
	4	45	4,7	4,7	98,4
	5	15	1,6	1,6	100,0
	Total	957	100,0	100,0	

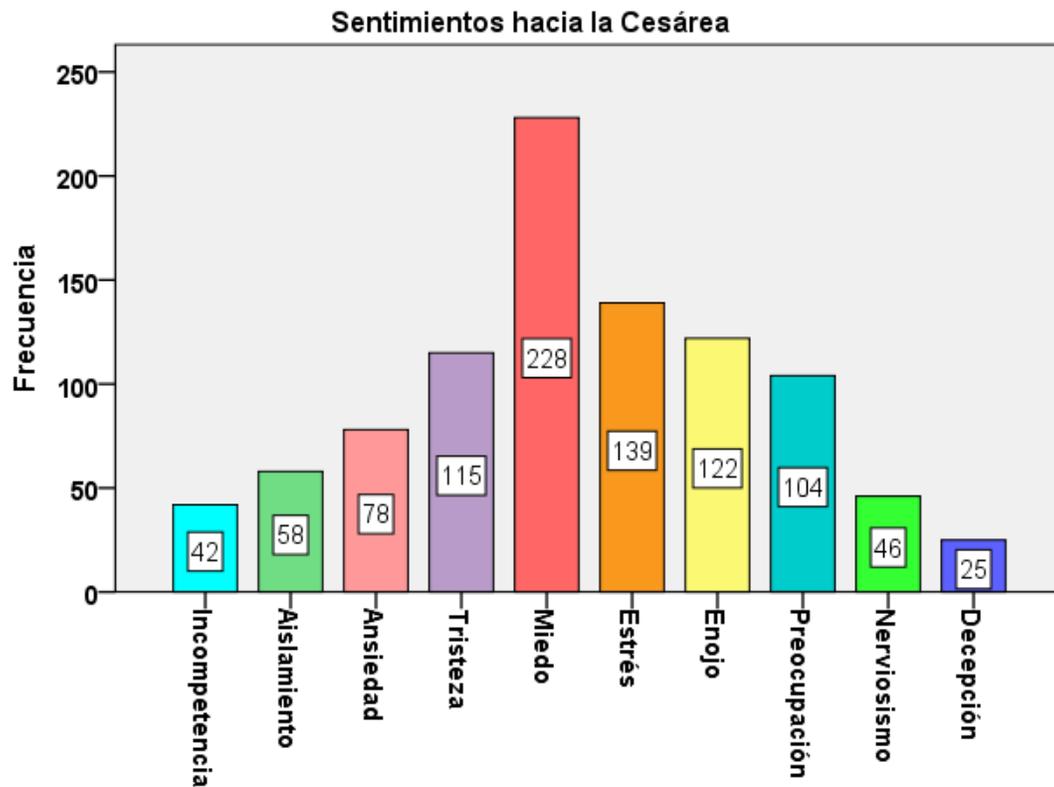
Ingresos Familiares



Anexo 5

Sentimientos hacia la Cesárea

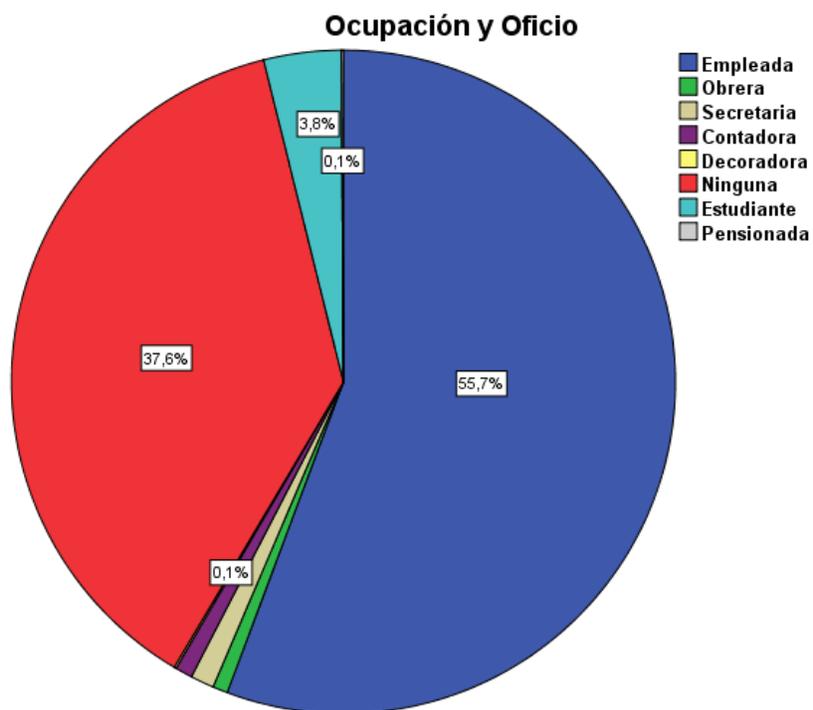
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Incompetencia	42	4,4	4,4	4,4
	Aislamiento	58	6,1	6,1	10,4
	Ansiedad	78	8,2	8,2	18,6
	Tristeza	115	12,0	12,0	30,6
	Miedo	228	23,8	23,8	54,4
	Estrés	139	14,5	14,5	69,0
	Enojo	122	12,7	12,7	81,7
	Preocupación	104	10,9	10,9	92,6
	Nerviosismo	46	4,8	4,8	97,4
	Decepción	25	2,6	2,6	100,0
	Total	957	100,0	100,0	



Anexo 6

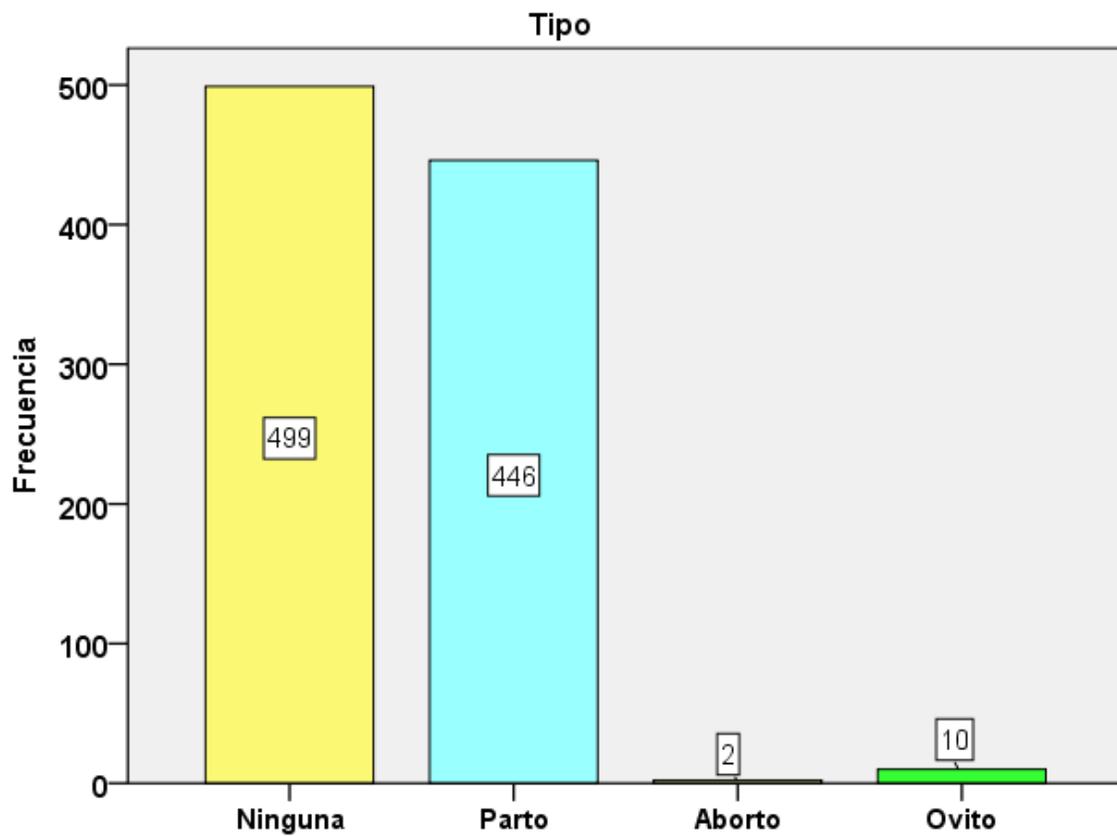
Ocupación y Oficio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Empleada	533	55,7	55,7	55,7
	Obrera	7	,7	,7	56,4
	Secretaria	11	1,1	1,1	57,6
	Contadora	8	,8	,8	58,4
	Decoradora	1	,1	,1	58,5
	Ninguna	360	37,6	37,6	96,1
	Estudiante	36	3,8	3,8	99,9
	Pensionada	1	,1	,1	100,0
	Total	957	100,0	100,0	



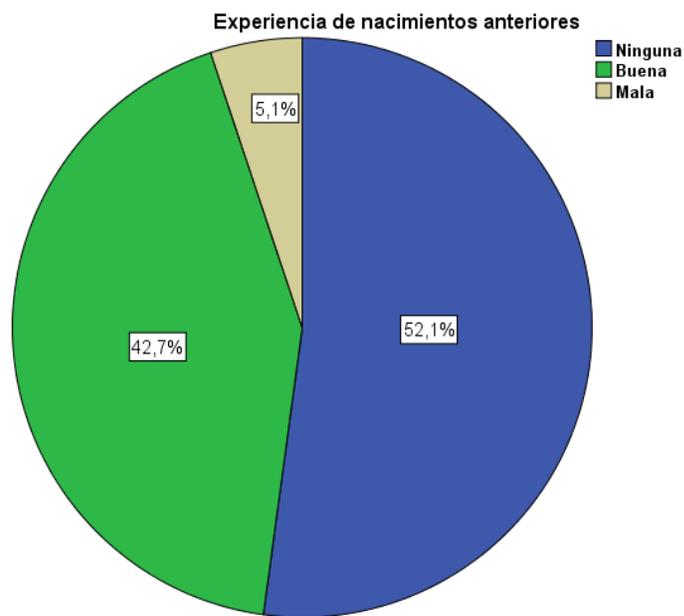
Anexo 7

		Tipo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	499	52,1	52,1	52,1
	Parto	446	46,6	46,6	98,7
	Aborto	2	,2	,2	99,0
	Óbito	10	1,0	1,0	100,0
	Total	957	100,0	100,0	



Experiencia de nacimientos anteriores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	499	52,1	52,1	52,1
	Buena	409	42,7	42,7	94,9
	Mala	49	5,1	5,1	100,0
	Total	957	100,0	100,0	

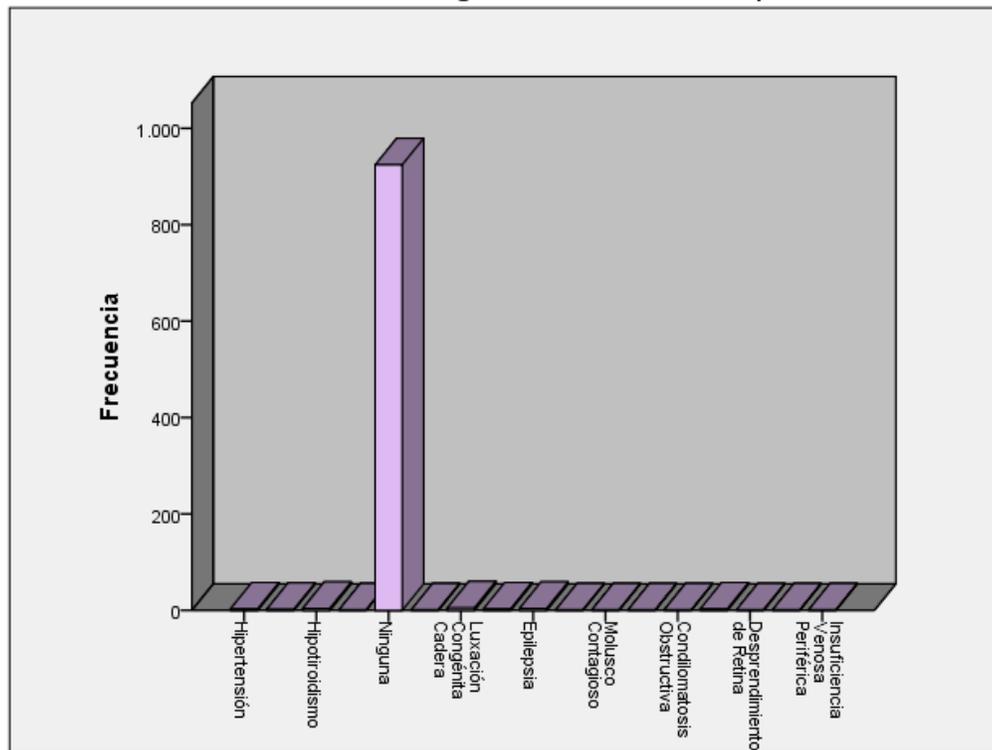


ANEXO 9

Enfermedad crónico degenerativas de la madre previas

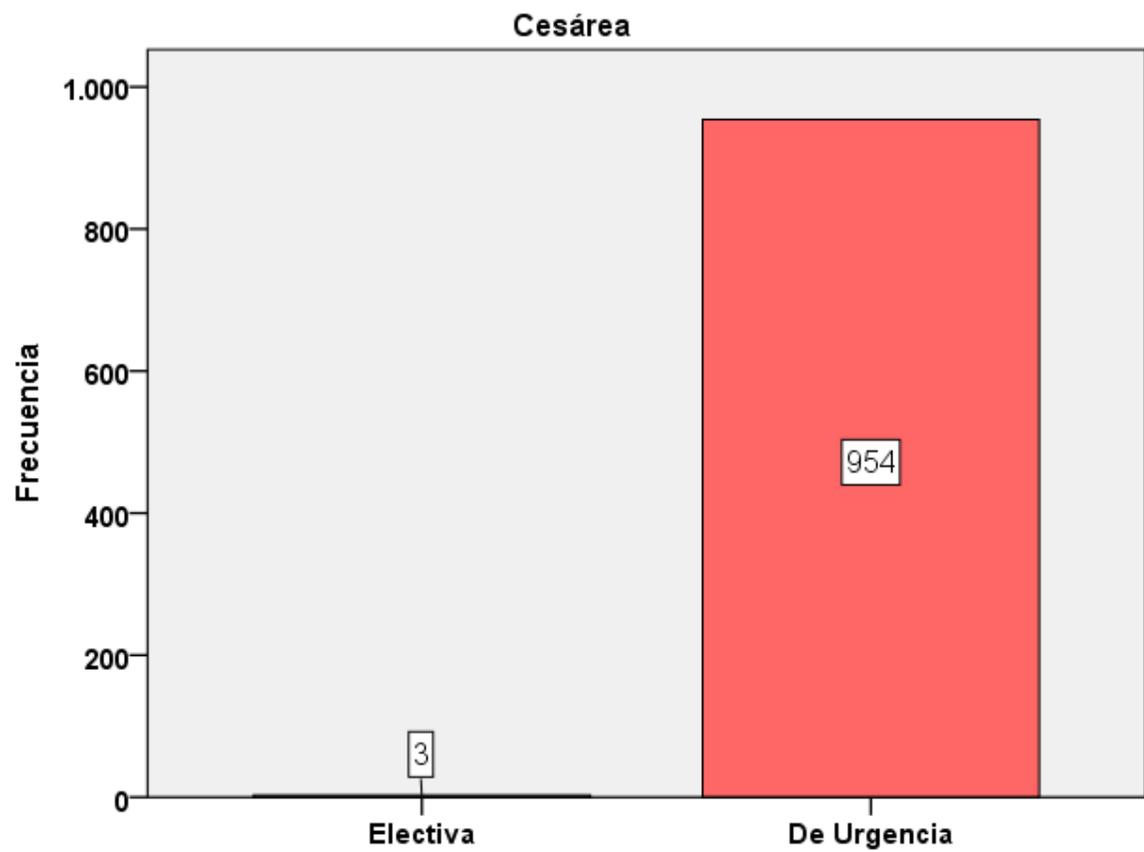
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hipertensión	3	,3	,3	,3
	Diabetes	2	,2	,2	,5
	Hipotiroidismo	4	,4	,4	,9
	Valvulopatía	1	,1	,1	1,0
	Ninguna	924	96,6	96,6	97,6
	Cardiopatía	1	,1	,1	97,7
	Luxación Congénita Cadera	5	,5	,5	98,2
	Miomatosis Uterina	3	,3	,3	98,5
	Epilepsia	4	,4	,4	99,0
	Virus del Papiloma Humano	1	,1	,1	99,1
	Molusco Contagioso	1	,1	,1	99,2
	Hernia Discal	1	,1	,1	99,3
	Condilomatosis Obstructiva	1	,1	,1	99,4
	Diabetes Mellitus 2	3	,3	,3	99,7
	Desprendimiento de Retina	1	,1	,1	99,8
	Hipertiroidismo	1	,1	,1	99,9
	Insuficiencia Venosa Periférica	1	,1	,1	100,0
	Total	957	100,0	100,0	

Enfermedad crónico degenerativas de la madre previas



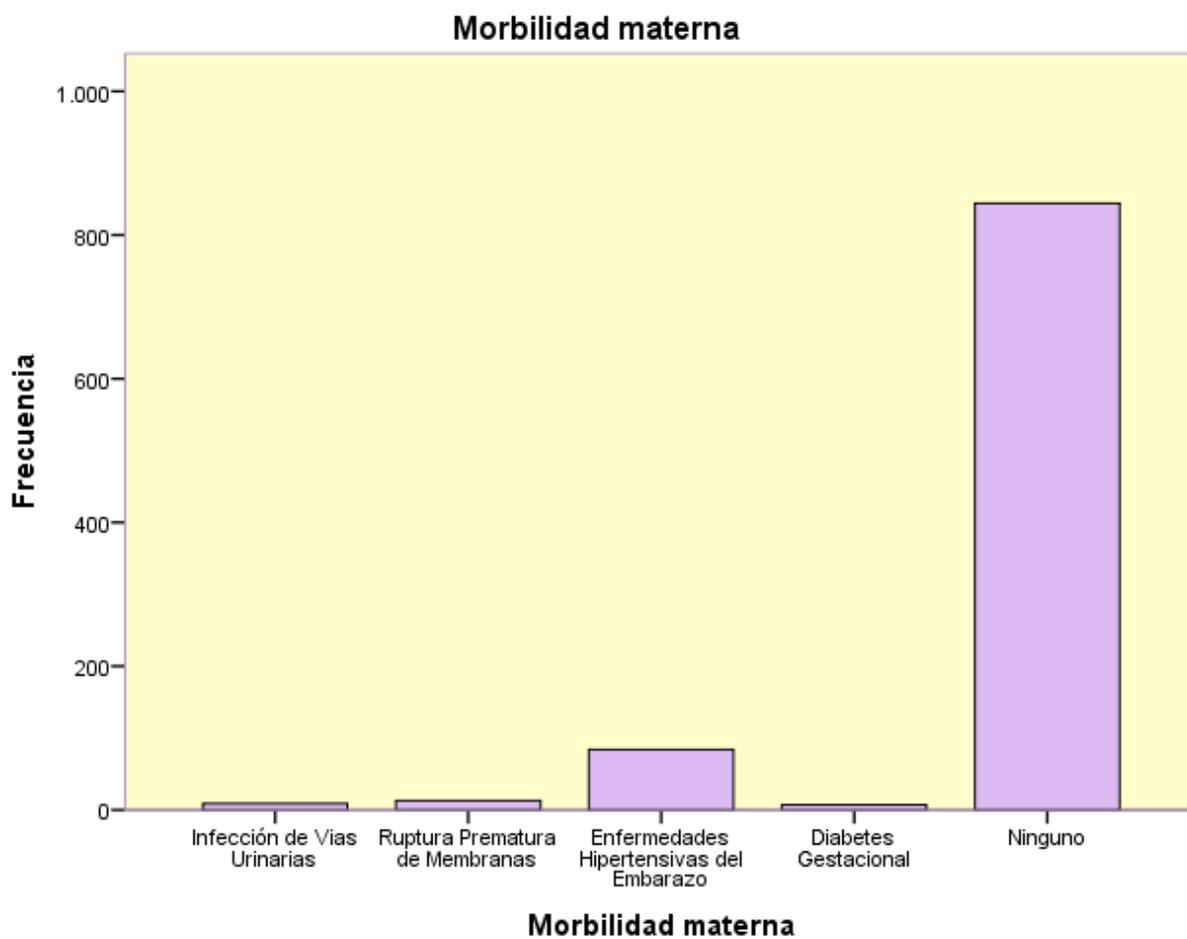
Anexo 10.

		Cesárea			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Electiva	3	,3	,3	,3
	De Urgencia	954	99,7	99,7	100,0
	Total	957	100,0	100,0	



Morbilidad materna

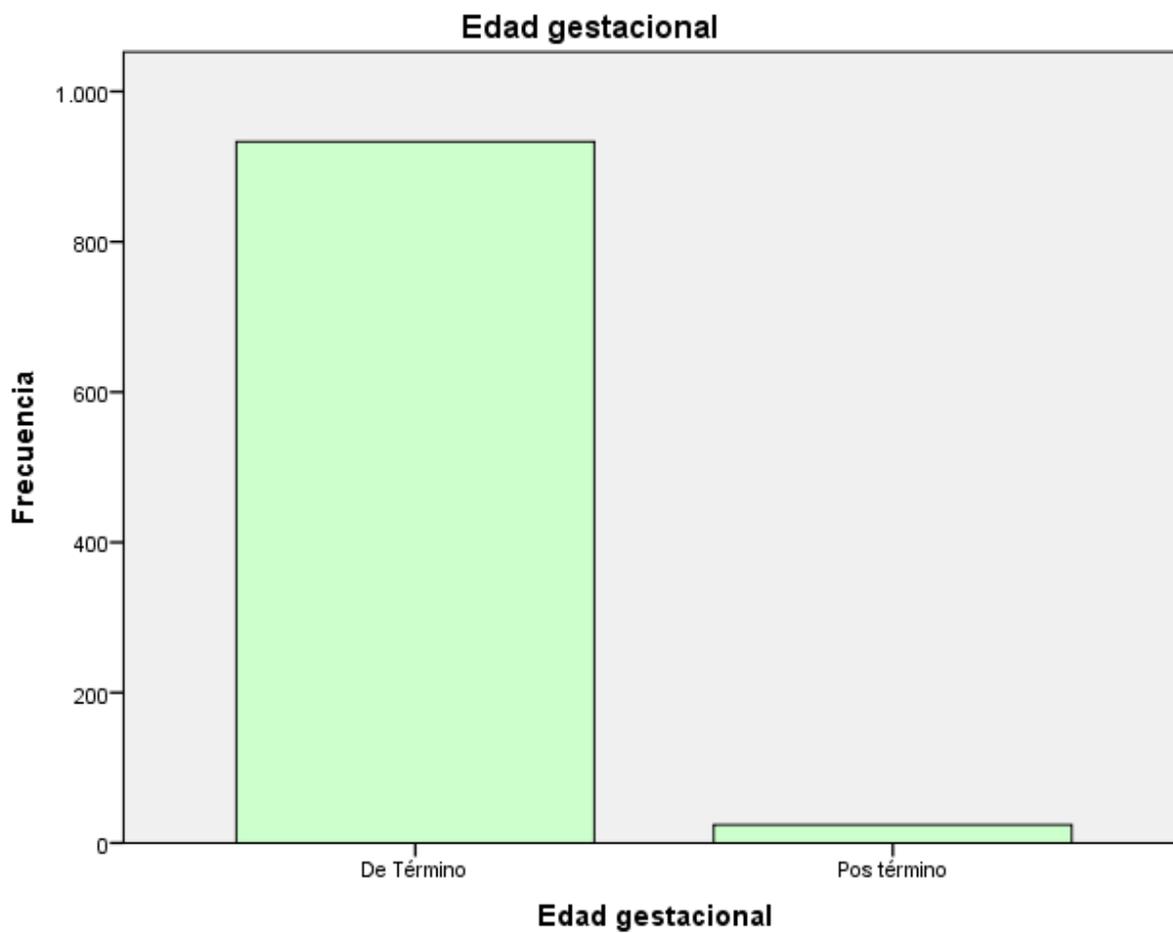
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Infección de Vías Urinarias	9	,9	,9	,9
	Ruptura Prematura de Membranas	13	1,4	1,4	2,3
	Enfermedades Hipertensivas del Embarazo	84	8,8	8,8	11,1
	Diabetes Gestacional	7	,7	,7	11,8
	Ninguno	844	88,2	88,2	100,0
	Total	957	100,0	100,0	



Anexo 12.

Edad gestacional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	De Término	933	97,5	97,5	97,5
	Pos término	24	2,5	2,5	100,0
	Total	957	100,0	100,0	

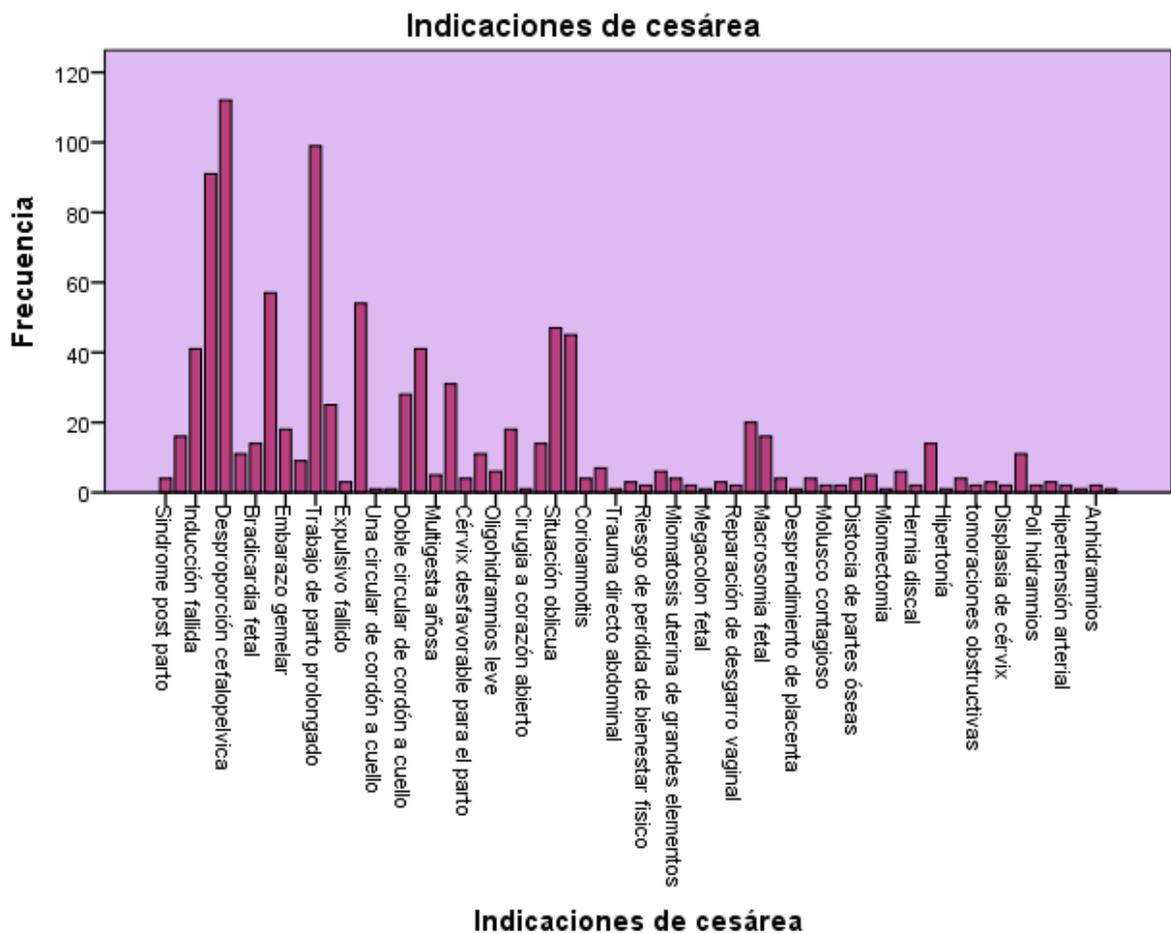


	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Síndrome post parto	4	,4	,4	,4
Restricción de crecimiento intrauterino	16	1,7	1,7	2,1
Inducción fallida	41	4,3	4,3	6,4
Baja reserva fetal	91	9,5	9,5	15,9
Desproporción céfalo pélvica	112	11,7	11,7	27,6
Trombocitopenia incidental en el embarazo	11	1,1	1,1	28,7
Bradycardia fetal	14	1,5	1,5	30,2
Ruptura prematura de embarazos	57	6,0	6,0	36,2
Embarazo gemelar	18	1,9	1,9	38,0
Periodo expulsivo prolongado	9	,9	,9	39,0
Trabajo de parto prolongado	99	10,3	10,3	49,3
Taquicardia fetal sostenida	25	2,6	2,6	51,9
Expulsivo fallido	3	,3	,3	52,2
Oligohidramnios severo	54	5,6	5,6	57,9
Una circular de cordón a cuello	1	,1	,1	58,0
Valvulopatía	1	,1	,1	58,1
Doble circular de cordón a cuello	28	2,9	2,9	61,0
Hipertensión gestacional	41	4,3	4,3	65,3
Multigesta añosa	5	,5	,5	65,8
Pre eclampsia severa	31	3,2	3,2	69,1
Cérvix desfavorable para el parto	4	,4	,4	69,5
Pre eclampsia	11	1,1	1,1	70,6
Oligohidramnios leve	6	,6	,6	71,3
Sufrimiento fetal	18	1,9	1,9	73,1
Cirugía a corazón abierto	1	,1	,1	73,2
Placenta de inserción baja	14	1,5	1,5	74,7
Situación oblicua	47	4,9	4,9	79,6
Presentación pélvica	45	4,7	4,7	84,3
Corioamnioítis	4	,4	,4	84,7
Hemorragia obstétrica	7	,7	,7	85,5
Trauma directo abdominal	1	,1	,1	85,6

Síndrome de hellp	3	,3	,3	85,9
Riesgo de pérdida de bienestar físico	2	,2	,2	86,1
Luxación de cadera	6	,6	,6	86,7
Miomatosis uterina de grandes elementos	4	,4	,4	87,1
Hidrocefalia	2	,2	,2	87,4
Megacolon fetal	1	,1	,1	87,5
Acretismo placentario	3	,3	,3	87,8
Reparación de desgarro vaginal	2	,2	,2	88,0
Sin trabajo de parto	20	2,1	2,1	90,1
Macrostomia fetal	16	1,7	1,7	91,7
Crisis convulsivas	4	,4	,4	92,2
Desprendimiento de placenta	1	,1	,1	92,3
Desprendimiento de retina	4	,4	,4	92,7
Molusco contagioso	2	,2	,2	92,9
Ascenso en el descenso	2	,2	,2	93,1
Distocia de partes óseas	4	,4	,4	93,5
Condilomatosis obstructiva	5	,5	,5	94,0
Miomectomia	1	,1	,1	94,1
Hipotiroidismo	6	,6	,6	94,8
Hernia discal	2	,2	,2	95,0
Hipo motilidad fetal	14	1,5	1,5	96,4
Hipertonía	1	,1	,1	96,6
Procidencia del cordón	4	,4	,4	97,0
tumoraciones obstructivas	2	,2	,2	97,2
Útero bidelfo	3	,3	,3	97,5
Displasia de cérvix	2	,2	,2	97,7
Diabetes gestacional	11	1,1	1,1	98,9
Poli hidramnios	2	,2	,2	99,1
Diabetes mellitus	3	,3	,3	99,4
Hipertensión arterial	2	,2	,2	99,6

Agnesia renal	1	,1	,1	99,7
Anhidramnios	2	,2	,2	99,9
Trombosis venosa periférica	1	,1	,1	100,0
Total	957	100,0	100,0	

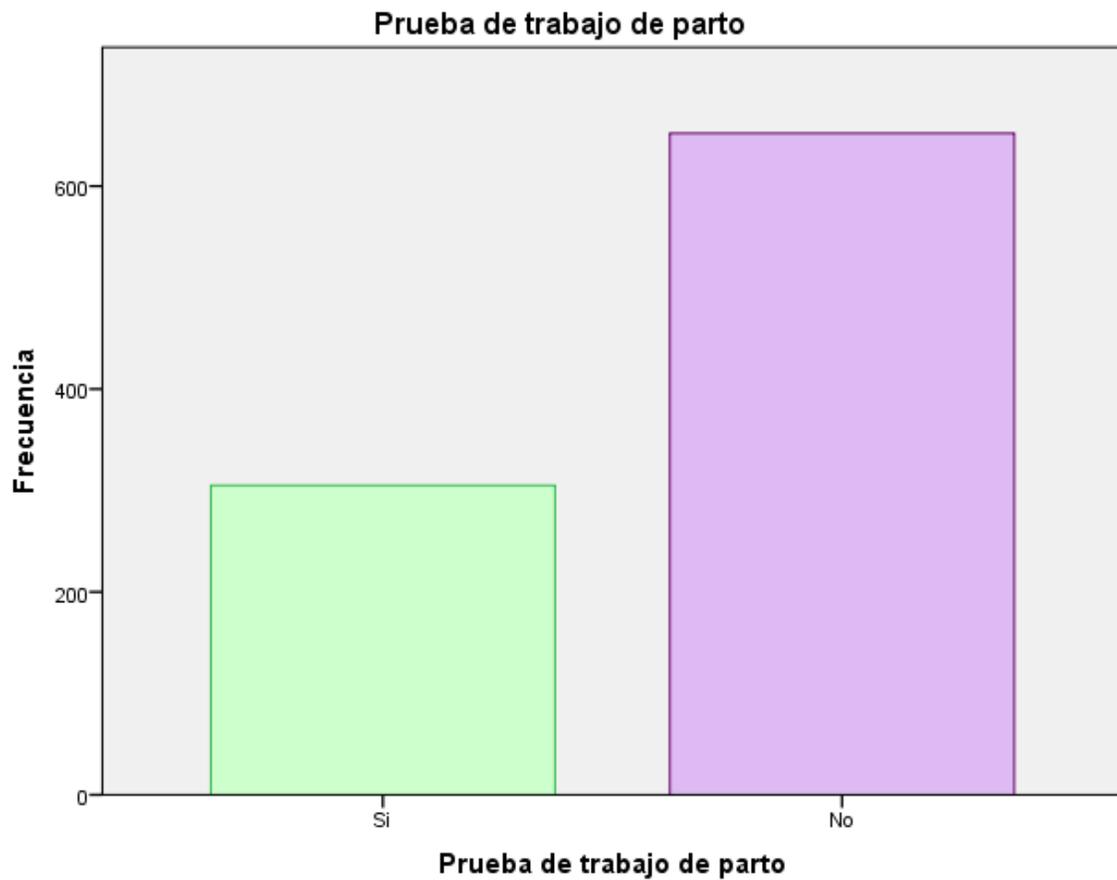
Anexo 13



Anexo 14

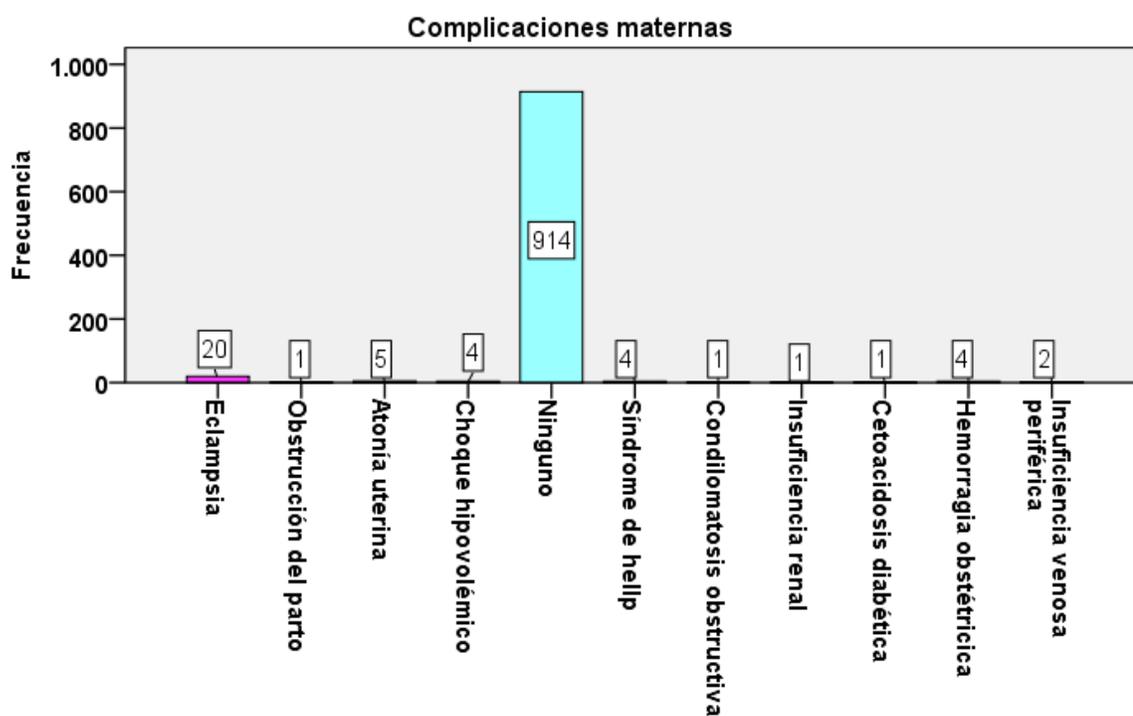
Prueba de trabajo de parto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	305	31,9	31,9	31,9
	No	652	68,1	68,1	100,0
	Total	957	100,0	100,0	



Complicaciones maternas

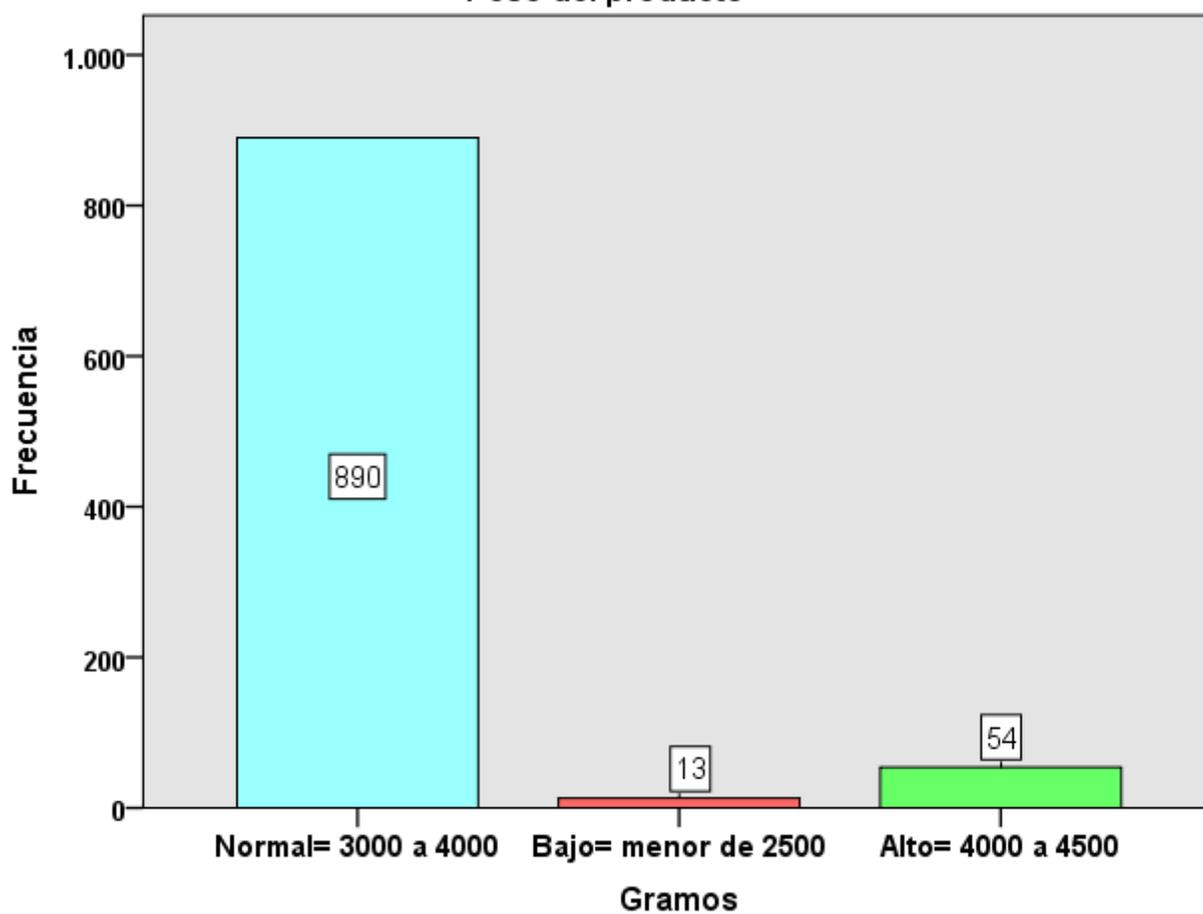
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Eclampsia	20	2,1	2,1	2,1
	Obstrucción del parto	1	,1	,1	2,2
	Atonía uterina	5	,5	,5	2,7
	Choque hipovolémico	4	,4	,4	3,1
	Ninguno	914	95,5	95,5	98,6
	Síndrome de hellp	4	,4	,4	99,1
	Condilomatosis obstructiva	1	,1	,1	99,2
	Insuficiencia renal	1	,1	,1	99,3
	Cetoacidosis diabética	1	,1	,1	99,4
	Hemorragia obstétrica	4	,4	,4	99,8
	Insuficiencia venosa periférica	2	,2	,2	100,0
	Total	957	100,0	100,0	



Peso del producto

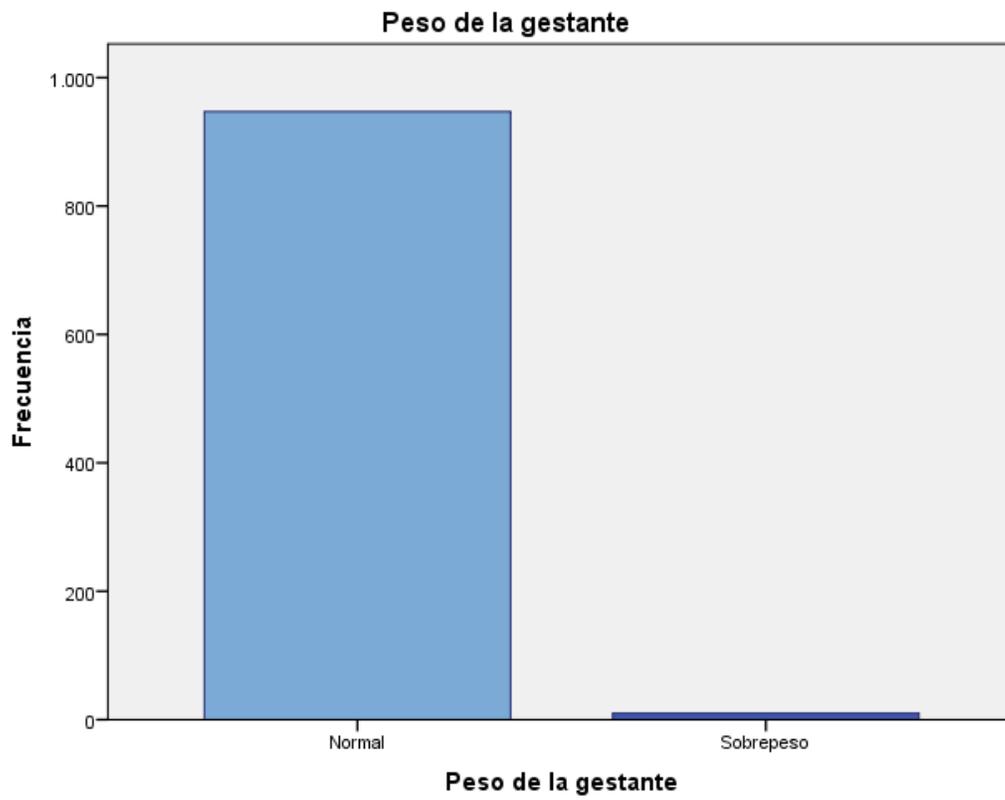
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normal= 3000 a 4000	890	93,0	93,0	93,0
	Bajo= menor de 2500	13	1,4	1,4	94,4
	Alto= 4000 a 4500	54	5,6	5,6	100,0
	Total	957	100,0	100,0	

Peso del producto



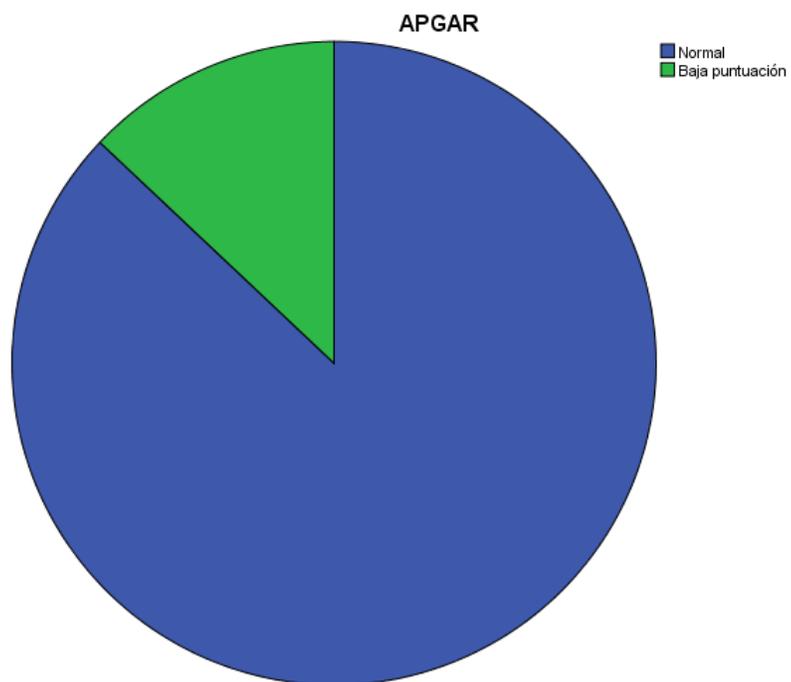
Peso de la gestante

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normal	947	99,0	99,0	99,0
	Sobrepeso	10	1,0	1,0	100,0
	Total	957	100,0	100,0	



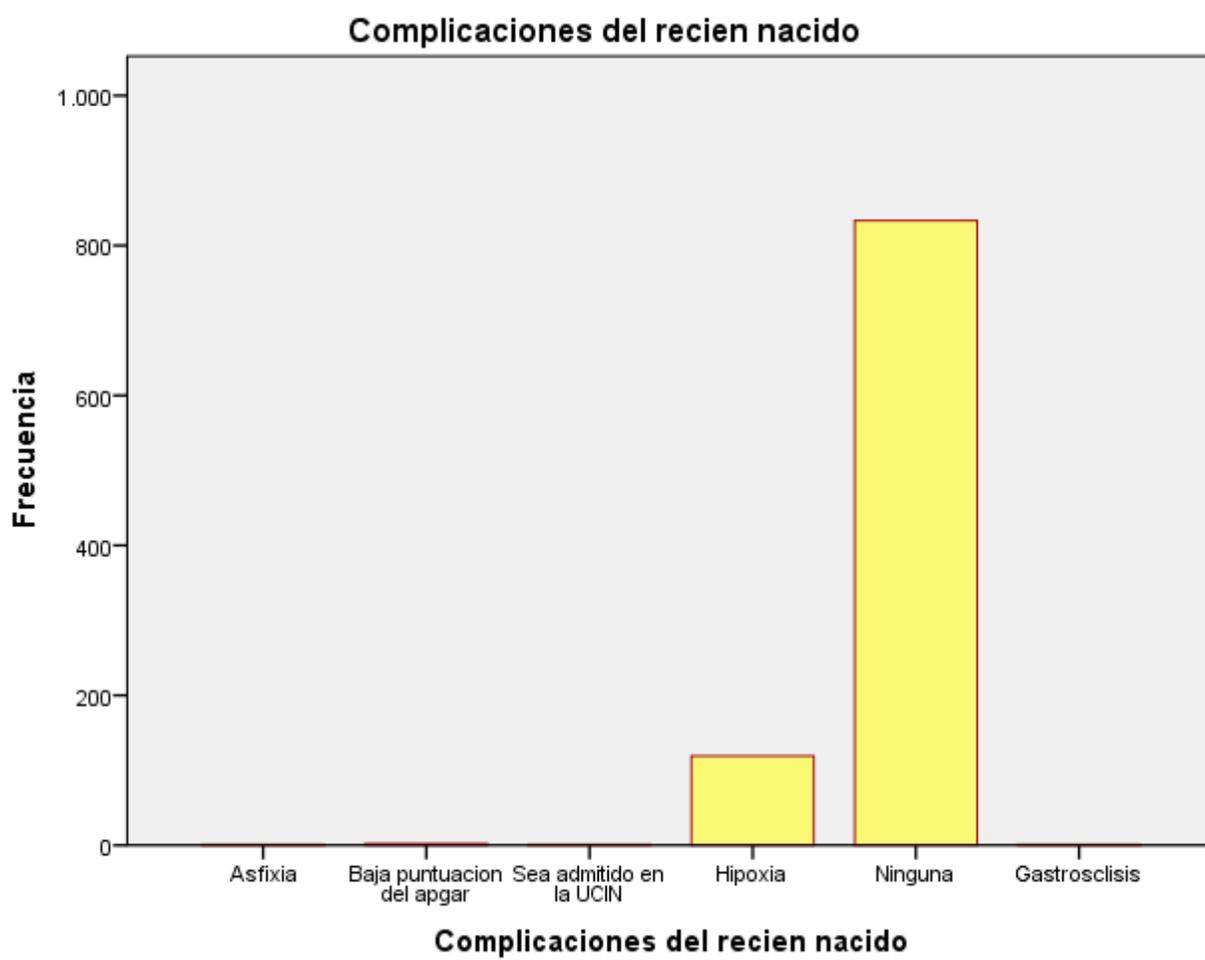
Anexo 18

		APGAR			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normal	833	87,0	87,0	87,0
	Baja puntuación	124	13,0	13,0	100,0
	Total	957	100,0	100,0	



Complicaciones del recién nacido

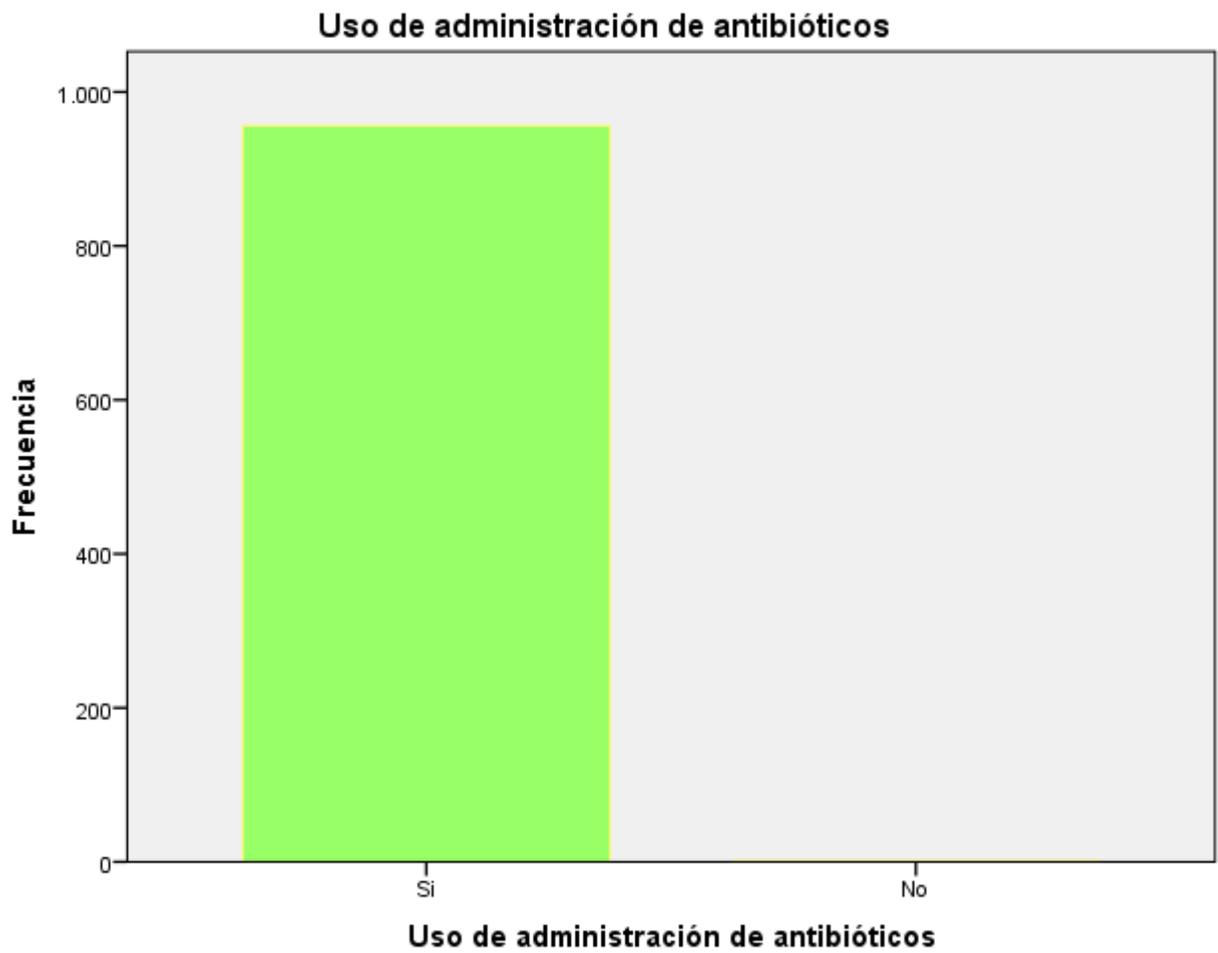
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Asfisia	1	,1	,1	,1
	Baja puntuación del apgar	2	,2	,2	,3
	Sea admitido en la UCIN	1	,1	,1	,4
	Hipoxia	119	12,4	12,4	12,9
	Ninguna	833	87,0	87,0	99,9
	Gastroscisis	1	,1	,1	100,0
	Total	957	100,0	100,0	



Anexo 20.

Uso de administración de antibióticos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	956	99,9	99,9	99,9
	No	1	,1	,1	100,0
	Total	957	100,0	100,0	



Anexo 21.

Duración de la decisión de realizar cesárea

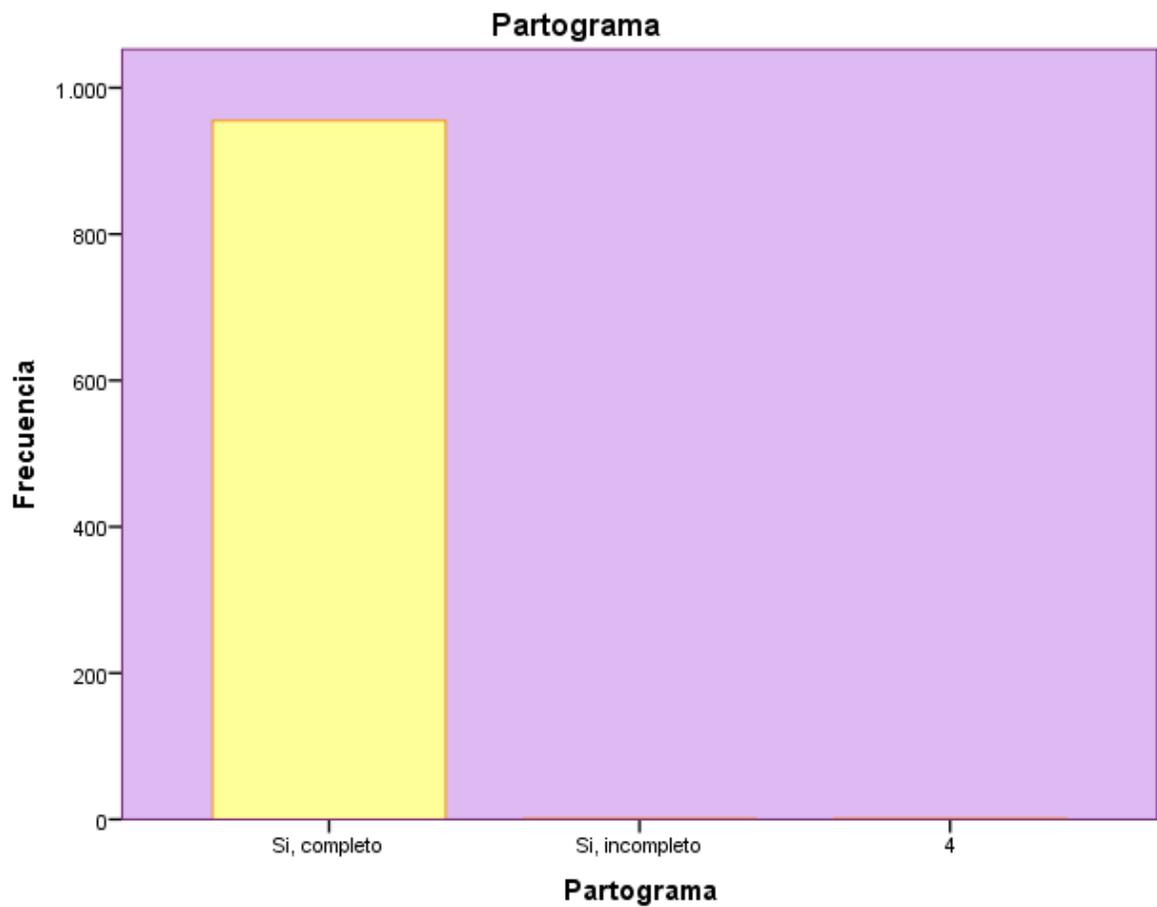
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 a 4 horas	873	91,2	91,2	91,2
	4 a 8 horas	25	2,6	2,6	93,8
	8 a 12 horas	23	2,4	2,4	96,2
	12 ó más	36	3,8	3,8	100,0
	Total	957	100,0	100,0	



Anexo 22.

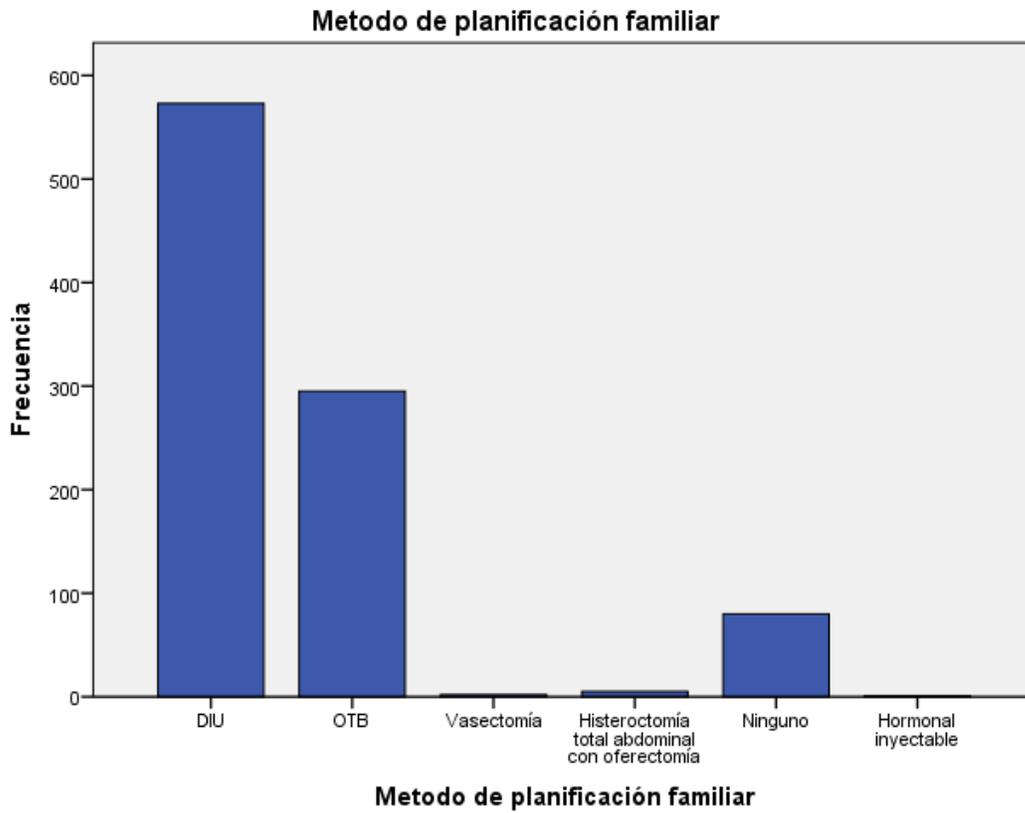
Partograma

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si, completo	955	99,8	99,8	99,8
	Si, incompleto	1	,1	,1	99,9
	4	1	,1	,1	100,0
	Total	957	100,0	100,0	



Método de planificación familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DIU	573	59,9	59,9	59,9
	OTB	295	30,8	30,9	90,8
	Vasectomía	2	,2	,2	91,0
	Histerectomía total abdominal con ooforectomía	5	,5	,5	91,5
	Ninguno	80	8,4	8,4	99,9
	Hormonal inyectable	1	,1	,1	100,0
	Total	956	99,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,1		
Total		957	100,0		

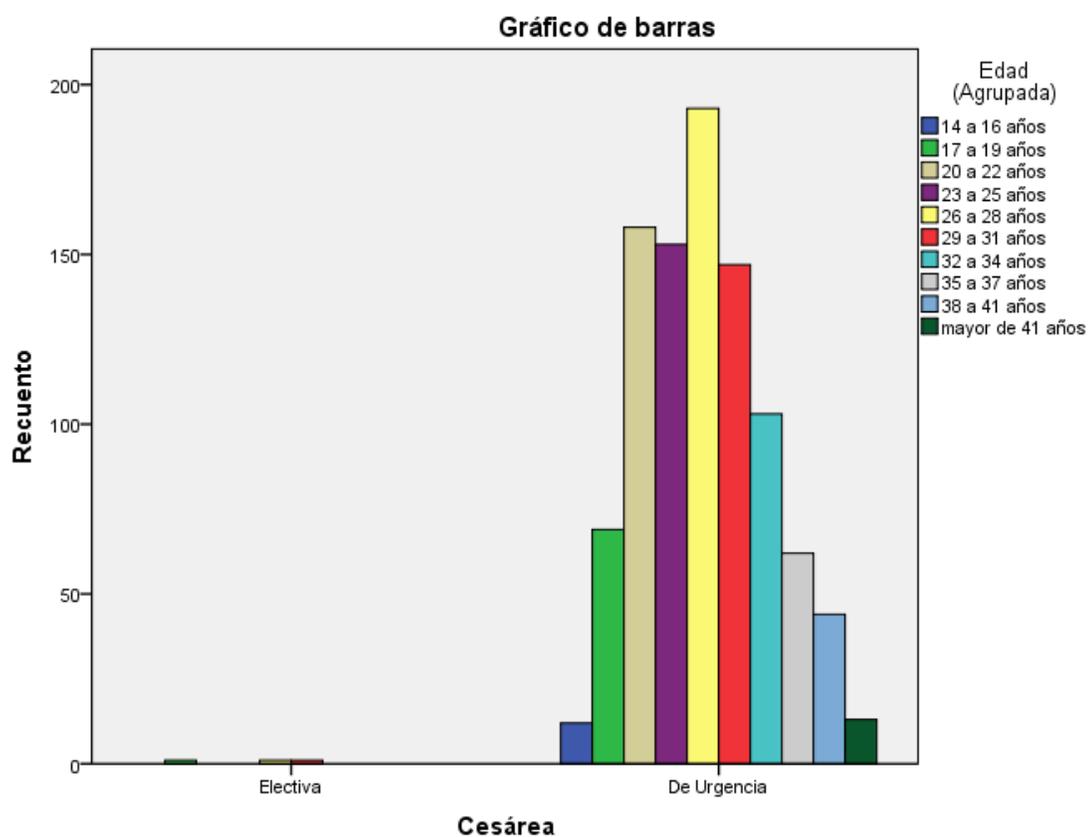


Anexo 24.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,374 ^a	9	,801
Razón de verosimilitud	5,581	9	,781
Asociación lineal por lineal	,401	1	,527
N de casos válidos	957		

a. 10 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .04.



Anexo 25.

Tabla cruzada Cesárea*Peso del producto

Recuento

		Peso del producto			Total
		Normal= 3000 a 4000	Bajo= menor de 2500	Alto= 4000 a 4500	
Cesárea	Electiva	3	0	0	3
	De Urgencia	887	13	54	954
Total		890	13	54	957

